



Patientenname und –anschrift sowie  
 Telefonnummer

**INSTITUT FÜR KLINISCHE RADIOLOGIE  
 UND NUKLEARMEDIZIN**  
 DIREKTOR:  
 PROF. DR. MED. STEFAN SCHÖNBERG

**Fax: 0621-3831599**  
**Telefon: 0621-383 2753**

## Anmeldung PSMA- PET-CT

Klinische Angaben:

Fragestellung

Datum.....Unterschrift/Stempel.....

Diabetes     ja     nein                      KM-Allergie                       ja     nein

Nierenfunktionsstörung                       ja     nein

Kreatinin:.....

Schilddrüsenfunktionsstörung     ja     nein

Operationen in den letzten 4 Wochen.....

Bitte geben Sie dem Patienten auswärtige CT-, MRT-und Röntgenbilder mit, falls vorh.

**nur vom IKRN auszufüllen**

Rechtfertigende Indikation geprüft

Ärztl.Bescheinigung liegt vor                      ja     nein

Kostenübernahme beantragt                      ja     nein

Kostenzusage/Ablehnung liegt vor                      ja     nein

Mit Krankenkasse telefoniert: wer \_\_\_\_\_ wann \_\_\_\_\_

PET-Anmeldung\_2011\_Dinter\_Gö