

Radiologie und Nuklearmedizin
Chefarzt: PD Dr. J. E. Roos

Anmeldung: nuk@luks.ch
Telefon 041 205 46 67
Fax 041 205 21 75

<p>Anmeldung zur PET/CT</p> <p>Luzerner Kantonsspital Nuklearmedizin PET/CT Zentrum Zentralschweiz</p> <p>Spitalstrasse CH-6000 Luzern 16</p> <p>Fax 041 205 21 75 E-Mail nuk@luks.ch</p>	<p>Patient(in)</p> <p>Name Vorname Geb.Dat.</p> <p>Strasse PLZ Ort /</p> <p>Tel. P. Tel. G. Tel. N.</p> <p style="text-align: right;">männlich weiblich</p>
<p>Zuweisender Arzt (Stempel)</p>	
<p>Kopie an</p>	<p style="text-align: right;">KK Unfall</p> <p>Versicherung Unfall-/Police-Nr.</p>

Bitte sorgen Sie dafür dass uns die Voruntersuchungen zur Verfügung stehen. Termine wollen Sie bitte möglichst telefonisch mit uns vereinbaren. Tel. 041 205 46 67 Termin vereinbart für (Datum/Uhrzeit):

Gewünschte Untersuchung:

PET/CT

Hirn Herz
Tumor (Teilkörper/Ganzkörper)
andere (welche?):

Tracer

FDG Cholin PSMA
Thyrosin Rubidium DOTATATE
andere:

Klinische Angaben, Risiken und Besonderheiten, Vorerkrankungen, Therapien, OP's.

Pat. ist schwanger
Patientin stillt
Schwere Allergie bekannt
welche:
Hyperthyreose
Diabetes
Niereninsuffizienz

Kreatinin:
vom Datum:

Fragestellung

Datum

Unterschrift

Patient(in)

Name
Vorname
Geb.Dat.

Radiologie und Nuklearmedizin Luzern
Chefarzt: PD Dr. J. E. Roos

Anmeldung: nuk@luks.ch
Telefon 041 205 46 67
Fax 041 205 21 75

Einverständniserklärung PET/CT

Damit wir spezielle Risiken besser erkennen können, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

1. Sind Sie Diabetiker (Blutzuckerkrank)?

Ja Nein

Wenn ja, welche Medikamente gegen Diabetes nehmen Sie ein:

orale Antidiabetika z.B. Metformin

Insulin

2. Wurden Sie schon einmal mit einem Röntgenkontrastmittel untersucht?

Ja Nein

wenn ja:
in welchem Jahr?

wo?

welches Organ?

wenn ja:
traten dabei Probleme wie z.B. Kreislaufreaktionen, Schock, Hautausschlag, Übelkeit, Juckreiz auf?

3. Besteht eine Allergie oder eine Überempfindlichkeit? (z.B. gegen Medikamente, Kontrastmittel oder Jod?)

Ja Nein

4. Sind bei Ihnen Nierenfunktionsstörungen bekannt?

Ja Nein

5. Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?

Ja Nein welche:

wenn ja mit:

Überfunktion Unterfunktion normale Funktion

6. Frauen im gebärfähigen Alter:

Könnten Sie schwanger sein?

Stillen Sie?

Ja Nein

7. Wurden Sie geimpft?

Ja Nein

Wenn ja, wann:

Impfung gegen: Covid19/Corona Grippe/Influenza
andere:

Pfizer/Biontech AstraZeneca Moderna

andere:

Injektionsort: Arm rechts Arm links

8. Gewicht (kg) Grösse (cm)

Einwilligungserklärung

Ich bin über den Ablauf, die Risiken und möglichen Komplikationen der Untersuchung aufgeklärt worden. Ich habe das Informationsblatt gelesen und verstanden. Ich habe keine weiteren Fragen und willige nach angemessener Bedenkzeit in die Untersuchung ein.

Ort/Datum

Unterschrift des Patienten

Unterschrift des Arztes