



Anforderer / Arztstempel:

MVZ Bonifatius Hospital
Facharztzentrum Lingen
Nuklearmedizin

Priv.-Doz. Dr. med. Chr. Wenning
Dr. med. A. Bräuer

Wilhelmstr. 13, 49808 Lingen
Tel: 0591-910 6198 Fax: 0591-910 1496

Ansprechpartner: _____

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Datum: _____

Anmeldung einer PET/CT-Untersuchung

☐ **FDG („Glukose-PET“)**

☐ **PSMA („Prostata-PET“)**

☐ **inkl. Kontrastmittel-CT**

Angaben zum Patienten:

Name, Vorname: _____

Telefon: _____

Geb.-Datum: _____

Hausarzt: _____

Straße: _____

Krankenkasse: _____

Ort: _____

Vers. Nr.: _____

Kostenübernahme beantragt? ☐ nein ☐ ja

Selbstzahler/Privat: ☐ nein ☐ ja

Diagnose: _____

Fragestellung: _____

Voruntersuchungen: _____

TSH: _____ $\mu\text{U/ml}$ Kreatinin: _____ mg/dl (nicht älter als 4 Wochen)

Diabetiker: ☐ nein ☐ ja Hyperthyreose ☐ nein ☐ ja

Metformin ☐ nein ☐ ja Niereninsuffizienz ☐ nein ☐ ja

insulinpflichtig ☐ nein ☐ ja Kontrastmittelallergie ☐ nein ☐ ja

Therapien: (wichtig ist das Datum der letzten Behandlung!)

Chemo-/Immunotherapie: ☐ nein ☐ ja bis wann _____

Radiatio: ☐ nein ☐ ja bis wann _____

Biopsie/Operation: ☐ nein ☐ ja welche /wann _____

Bitte senden Sie einen **aktuellen Arztbrief oder Befundbericht** (inkl. Histologie / erfolgter Therapie / Diagnostik) zusammen mit diesem **Anmeldebogen per Fax an: 0591-910 1496 oder per e-mail an nuklearmedizin@hospital-lingen.de**. Ihre Anforderung wird intern geprüft. Anschließend setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung. Evtl. ist vor der Terminvergabe eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse erforderlich. **Telefonisch erreichen Sie uns unter 0591-910 6198.**