



PET-CT Zentrum MÜNCHEN

Dr. med. univ. Hermann Erler
Dipl.-Ing. Dr. med. Gerhard Dürr
Dr. (IM Tem.) Simona Henz
Ingolstädterstr. 166 – 80939 München
Tel. 089-318081-0 - FAX 89-3163717
e-mail: praxis@pet-ct-zentrum-münchen.de

Anamnesebogen PET-Untersuchung

US-Termin: _____ Uhrzeit: _____

- Onkologie PET-CT mit low dose CT zur Schwächungskorrektur der PET-Daten
(Cava: ein low-dose CT ersetzt nicht das diagnostische CT)
 PET-CT mit diagnostischem CT

Angaben zum Patienten bzw. Pat.-Etikett

Name : _____
Vorname: _____
Geb. Dat: _____
Versicherung: _____
Telefon: _____

Straße: _____
PLZ: _____ Ort: _____

überw. Arzt/Tel.: _____

- Ambulant Stationär
 Zusatzversichert Privat
 Wahlleistung

Klinik-Station : _____

Terminwunsch _____

Körpergröße _____

Körpergewicht _____

Schwangerschaft ja nein

Klaustrophobie ja nein

Diagnose: _____
Klinische Angaben: _____

Fragestellung: _____

Nüchtern-Blutzucker _____

Medikamente _____

Asthma / COPD ja nein
SD-Überfunktion ja nein

Metformin-Präparat ja nein
Kontrastmittelallergie ja nein

Operationen: nein ja wann: _____

Chemo-Therapie: nein ja wann: _____
welche: _____

Strahlentherapie: nein ja welche: _____
wann beendet: _____

Voruntersuchung CT: nein ja wann/wo: _____

Voruntersuchung PET-CT: nein ja wann/wo: _____

Patientenvorbereitung: Der/die Pat. muss mindestens 6 Std. vor der Untersuchung nüchtern sein. Mineralwasser und ungesüßter Tee sind erlaubt.

Datenschutz

1. Gemäß § 73 Abs. 1b SGB V (Sozialgesetzbuch) willige ich hiermit ein, dass die Radiologie München-Nord, Befunde im Rahmen der aktuellen Untersuchung bei weiteren medizinischen Leistungserbringern einholen sowie bei mir erhobene Befunde und Bildgebungen mitbehandelnden Ärzten übermitteln kann (Datenübermittlung).
2. Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des Behandlungsvertrages Daten über meine Person sowie die für die Behandlung notwendigen medizinischen Daten erfasst, gespeichert und verarbeitet werden und im Rahmen der Zweckbindung unter Beachtung der jeweiligen besonderen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte (z.B. mit behandelnde Ärzte, Krankenhäuser Kostenträger, BG, Abrechnungsstellen, Labore o.ä.) übermittelt werden.
3. Von der Erfassung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten im Rahmen der Patienteninformation zum Datenschutz habe ich Kenntnis erhalten.
4. Die hier erklärte Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift Patient

Sorgeberechtigter

Überweisender Arzt (Unterschrift/Stempel)

Privatpatient

Ich stimme einer Rechnung für das Arzthonorar zu (der 3,5-fache Satz wird nicht überschritten).

Der Vertrag gilt zwischen Patient und Arzt, aus diesem Grunde sind evtl.

Erstattungsdifferenzen, die durch verschiedene Auslegung der Gebührenordnung entstehen vom Patienten zu tragen.

Unterschrift Patient

Name/ Anschrift Dolmetscherfirma:

Heutiger Dolmetscher/ HandyNr.:
