

Tel.: 089/4140-2945 FAX:089/4140-4896 E-Mailadresse: Anmeldung.NM@mri.tum.de PET-CT PET-MRName: Größe: cmVorname: Gewicht: kgGeburtsdatum: Krankenkasse: Terminwunsch: privat gesetzlich

Wir bitten Sie, die folgenden Fragen zu beantworten und das Formular ausgefüllt an uns zurück zu senden. Bitte geben Sie der Patientin/dem Patienten zur PET-Untersuchung vorhandene Vorbefunde wie z.B. CT, MRT, Knochenszintigramm, Laborwerte (TSH, Kreatinin < 6 Wochen, ggf. PSA) oder histologische Ergebnisse mit.

Diagnose: Gleason Score initialer PSA- Wert ng/mlKreatinin: mg/dl vom Kontrastmittelallergie Ja NeinTSH: mU/L vom Schilddrüsen-Überfunktion Ja NeinPSA aktuell ng/ml vom Metformin Ja Nein

Weitere Klinische Angaben:

Prostatektomie, wann: TNM-Status: pT pN cM Antiandrogene Therapie? Jawann/ Substanz? Chemotherapie? Jawann/ Substanz ? PSMA PET vor Lu177 PSMA Therapie? Ja NeinTelefonnummer (Zuweiser) Faxnummer (Zuweiser) Telefonnummer (Patient) E-Mailadresse (Patient)

Praxisstempel

Bitte teilen Sie ihren gesetzlich versicherten Patienten mit, dass ein Termin erst vereinbart werden kann, wenn geklärt ist ob die jeweilige Krankenkasse die Kosten übernimmt. Dafür ist es wichtig, dass die E-Mailadresse des Patienten angegeben wird. Gerne unterstützen wir Ihre Patienten hierbei, indem wir die Indikation prüfen und dem Patienten bei Bedarf einen Kostenübernahmeantrag übersenden. Dieser muss bei der Krankenkasse eingereicht werden. Sobald die Kostenübernahme vorliegt kann ein Termin vereinbart werden. Informationen zum Untersuchungsablauf und Vorbereitung finden sie unter: <http://www.nuk.mri.tum.de/>