

# PET-CT-Anmeldung

Akademisches Lehrkrankenhaus der  
Medizinischen Hochschule Hannover

**PET/CT Zentrum**  
[www.diakovere.de/pet-ct](http://www.diakovere.de/pet-ct)

**Nuklearmedizinische Klinik**  
Chefarzt: Dr. med. Andreas Niesen  
Anmeldung (0511) 289 - 2422  
Telefax (0511) 289 - 2005  
[nuklearmedizin.dkh@diakovere.de](mailto:nuklearmedizin.dkh@diakovere.de)

**Klinik für Diagnostische und  
Interventionelle Radiologie**  
Chefarzt: Prof. Dr. med. Peter Landwehr  
Anmeldung (0511) 289 - 2263  
Telefax (0511) 289 - 2006  
[radiologie.dkh@diakovere.de](mailto:radiologie.dkh@diakovere.de)

<b>Patient</b> Nachname: Vorname: Geb.-Datum: Telefon: Mobil: Krankenversicherung:
<b>Pflichtangaben</b> Gewicht: ..... kg Größe: ..... cm Diabetes:                    nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> → Insulin <input type="checkbox"/> Metformin <input type="checkbox"/> KM Unverträglichkeit:    nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> TSH mU/l :                .....    vom: ..... (Wert nicht älter als 4 Wochen) Kreatinin mg/dl:        .....    vom: ..... (Wert nicht älter als 4 Wochen) GFR ml/min/1.73: ..... <b>Diagnose:</b> <b>Fragestellung:</b>
<b>Vorbefunde : Arztbriefe, PET/CT -, CT -, MRT-Befunde bitte mit faxen</b>

**Datum:**

**Stempel**

**Zuweisender Arzt:**

**Tel.Nr.:**  
für Rückfragen