

Anmeldung zur PET/CT-Untersuchung



**ZRN
LEIPZIG**

Zentrum für Radiologie
und Nuklearmedizin

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Krankenkasse

Versicherten-Nr. – wenn zur Hand

Johannisplatz 1
04103 Leipzig
www.zrn-leipzig.de

Tel. 0341 91998-0
Fax 0341 91998-194
mail@zrn-leipzig.de

Dauerdiagnose

Klinische Fragestellung

Voruntersuchungen (Befunde und Epikrise bitte vorab als Fax)

Computertomografie (CT)

Magnetresonanztomografie (MRT)

Welche Einrichtung?

Welche Einrichtung?

Wann?

Wann?

CD bitte dem Patienten/
der Patientin mitgeben oder
Bilder per Standleitung an
das ZRN Leipzig senden.



Darstellung onkologischer Verlauf

<input type="checkbox"/> OP	<input type="text"/>
	Wann?
<input type="checkbox"/> CTX	<input type="text"/>
	Wann? Von-Bis?
<input type="checkbox"/> RTX	<input type="text"/>
	Wann? Von-Bis?

Johannisplatz 1
04103 Leipzig
www.zrn-leipzig.de

Tel. 0341 91998-0
Fax 0341 91998-194
mail@zrn-leipzig.de

Nebendiagnosen

- Hyperthyreose
 Niereninsuffizienz

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aktuelle Laborwerte vom	TSH basal	Kreatinin

- Diabetes mellitus

falls ja: Orale Antidiabetika Insulin

- Allergie

Körpermaße

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Größe	Gewicht

Überweiser (Kontaktdaten für Rückfragen)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Praxis/Klinik	Ansprechpartner

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Fax

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift

[Formular zurücksetzen](#)

[Formular speichern](#)

Für Rückfragen erreichen
Sie uns telefonisch
unter 0341 91998-160
oder 0341 91998-167