



**ZRN Leipzig**

Zentrum für  
Radiologie und Nuklearmedizin  
am Johannisplatz

## ANMELDUNG ZUR PET/CT-UNTERSUCHUNG

Bitte als Fax an 0341 9199 8194 oder als E-Mail an [mail@zrn-leipzig.de](mailto:mail@zrn-leipzig.de)

Johannisplatz 1  
04103 Leipzig

Fon 0341 9199 - 80  
Fax 0341 9199 - 8199  
[mail@zrn-leipzig.de](mailto:mail@zrn-leipzig.de)  
[www.zrn-leipzig.de](http://www.zrn-leipzig.de)

### PATIENTENDATEN

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

### DAUERDIAGNOSE

### KLINISCHE FRAGESTELLUNG

### VORUNTERSUCHUNGEN

CT Wann? \_\_\_\_\_  
Welche Einrichtung? \_\_\_\_\_

MRT Wann? \_\_\_\_\_  
Welche Einrichtung? \_\_\_\_\_

Bronchoskopie u. a. Wann? \_\_\_\_\_  
(ggf. spezifizieren: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ )  
Welche Einrichtung? \_\_\_\_\_

Befunde bzw. Epikrise bitte vorab als Fax an 0341 9199 8194.  
CD bitte dem Patienten/der Patientin mitgeben oder  
Bilder per Standleitung an das ZRN Leipzig senden.



## DARSTELLUNG ONKOLOGISCHER VERLAUF

### Bisherige Therapiemaßnahmen

- OP  ja  nein  
Datum: \_\_\_\_\_
- CTX  ja  nein  
von-bis: \_\_\_\_\_
- RTX  ja  nein  
von-bis: \_\_\_\_\_

## NEBENDIAGNOSEN

- Hyperthyreose  ja  nein  
Niereninsuffizienz  ja  nein

aktuelle Laborwerte vom \_\_\_\_\_ (Datum)  
TSH basal: \_\_\_\_\_  
Kreatinin: \_\_\_\_\_

- Diabetes mellitus  ja  nein  
 orale Antidiabetika  
 Insulin
- Allergie  ja  nein

## ÜBERWEISER

### Kontaktdaten für Rückfragen

Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift

Für Rückfragen erreichen Sie uns telefonisch unter  
0341 9199 8160 oder 0341 9199 8167.