

Stempel der Einrichtung

NK

Prüfdatum

Medizin  Technik  Gesamt

# PET

Bitte nur graue Felder ausfüllen. Bilder und schriftliche Befunde (Befundbriefe) mitsenden.  
Bei paralleler Verwendung verschiedener PET-Radiopharmaka an einem Patienten bitte alles angeben.

Bitte laufende Medikation des Patienten mitsenden.

Kameratyp:..... Firma und Gerätebezeichnung:.....

Vollring  Teilring  Transmissionsquelle.....Detektormaterial:.....

	Initialen Pat.	Geb. Datum	d/ w/m	Gewicht Pat	Organ	PET/CT PET/MRT	Anzahl/ Dauer Bettpos.	Anzahl/ Dauer Transmissions-messungen	Radio-pharmakon	Zeitintervall zw. Applikation und Aufzeichnung	Aktivität MBq
1											
	Rechtfertigende Indikation										
2											
	Rechtfertigende Indikation										
3											
	Rechtfertigende Indikation										

4											
	Rechtfertigende Indiktion										
5											
	Rechtfertigende Indiktion										
6											
	Rechtfertigende Indiktion										
7											
	Rechtfertigende Indiktion										
8											
	Rechtfertigende Indiktion										