

Henvisning til PET/CT

Svaradresse:	Fødselsnummer:	
	Etternavn	Fornavn
	Poststed	Telefon (pasient)
Kopimottaker:	Ønsket undersøkelse:	

Problemstilling og relevante kliniske opplysninger (operasjoner, strålebehandling, steroidbehandling, nylig biopsi, m.fl):

Hastegrad: Rutine 4 uker 1 uke Ø-hjelp Annet:

FELTENE I BLÅTT MÅ BESVARES:

Høyde	Gravid? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Klaustrofobi? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Behov for tolk? Språk:
Vekt	Smitte, oppgi type:	Bevegelseshemmet? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	

Diabetes: Nei Type 1 Type 2

S-Kreatinin:	Kan pasienten ligge rolig på ryggen i 30 minutter? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
--------------	--

Dato	Signatur / stempel	Legens telefonnummer
------	--------------------	----------------------

Akershus universitetssykehus HF
Seksjon Nukleærmedisin
Postboks 1000
1478 Lørenskog

Telefon: 67 96 23 40
e-post: nukleaermedisin@ahus.no