

**Dr. med. Jonas Müller-Hübenthal**

Facharzt für Diagnostische Radiologie  
Facharzt für Nuklearmedizin

**PRAXIS im KÖLN TRIANGLE**

am Bahnhof Deutz

Ottoplatz 1 · 50679 Köln

Telefon 0221 88 84 80 - 0

Fax 0221 88 84 80 - 20

**PRAXIS im KÖLN TRIANGLE**

Dr. med. J. Müller-Hübenthal · Ottoplatz 1 · 50679 Köln

**Dr. med. Alice Paquin**

a.paquin@praxis-im-koelntriangle.de

**Dr. med. Frank Scherff**

f.scherff@praxis-im-koelntriangle.de

Name:

Vorname

Geburtsdatum:

Adresse:

**Termine:** 0221 88 84 80 - 60

info@praxis-im-koelntriangle.de

**Privatsprechstunde:** 0221 88 84 80 - 66

privattermin@praxis-im-koelntriangle.de

**Abrechnung:** 0221 88 84 80 - 41

abrechnung@praxis-im-koelntriangle.de

**Schreibbüro:** 0221 88 84 80 - 42

schreibbuero@praxis-im-koelntriangle.de

**Case Management:** 0221 88 84 80 - 43

casemanagement@praxis-im-koelntriangle.de

info@praxis-im-koelntriangle.de

www.praxis-im-koelntriangle.de

## Verbindliche Terminvereinbarung zur PET/CT-Untersuchung

Sehr geehrter, lieber Patient

Für den ..... um ..... Uhr haben wir mit Ihnen einen Termin für eine PET/CT Untersuchung vereinbart. Zu diesem Termin werden wir auf Basis dieser verbindlichen Terminvereinbarung eine radioaktive Substanz im Wert von ca. EUR 370,-, im Falle von Cholin oder Tyrosin sogar EUR 800,- bestellen. Sollten Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können bitten wir Sie, uns möglichst 48 Stunden vorher Bescheid zu geben. Für den Fall, dass der Termin nicht spätestens 24 Stunden vorher schriftlich (per Fax oder Mail) von Ihnen abgesagt wurde, sehen wir uns gezwungen, Ihnen die Kosten des Radionuklids in Rechnung zu stellen.

Bitte berücksichtigen Sie, dass wir für Sie Zeit an einem Gerät mit hohen laufenden Kosten freihalten und dass die radioaktive Substanz rasch zerfällt. Wir bitten Sie daher um pünktliches Erscheinen.

Bitte bringen Sie zur Untersuchung folgende Unterlagen mit (soweit vorhanden): Arztbrief Ihres Onkologen, Entlassungsbrief aus dem Krankenhaus, Abschlussbrief der Strahlentherapie, OP-Bericht, Pathologie-Bericht, frühere Röntgen- und nuklearmedizinische Untersuchungen (Bilder und Befunde), Allergiepass, Röntgenpass, Unterlagen über Schrittmacher, Medikamentenpumpen o. ä., eine Liste der von Ihnen zur Zeit eingenommenen Medikamente, aktuelle Blutwerte (TSH basal, Kreatinin, ggf. Quick/PTT)

Ort, Datum:

Vielen Dank für Ihr Verständnis,  
Ihr Praxisteam

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient / gesetzl. Vertreter

**Bankverbindung:** Bensberger Bank BLZ 370 621 24

Konto Inhaber Dr. J. Müller-Hübenthal Kto.Nr. 969 00 18

BIC GENO DE D1 BGL IBAN DE 2037 0621 2400 0969 0018

**Institutionskennzeichen: IK = 270501803**