

## Anmeldung PSMA PET/CT

Fax: 0921 – 400886736  
 Email: nuklearmedizin@klinikum-bayreuth.de

Bitte ausfüllen und **mit Vorbefunden** an uns zurückfaxen oder mailen.  
 Nach Erhalt des **vollständig** ausgefüllten Bogens werden wir die  
 Kostenübernahme klären und Kontakt mit dem Patienten aufnehmen.

### Anmeldung zum: PSMA-PET/CT (bei Prostata-Ca)

#### Klinische Angaben:

#### Fragestellung:

Prostata-Stanze ja  nein  wann? \_\_\_\_\_  
 Gleason Score: \_\_\_\_\_

Zusätzliches kontrastmittelverstärktes CT erwünscht? ja  nein   
 Wenn ja, bitte aktuelles (< 4 Wo) Kreatinin (\_\_\_\_\_) und TSH (\_\_\_\_\_)  
 PSA-Wert (\_\_\_\_\_)

Patienten-Name: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Versicherung Name: \_\_\_\_\_  
 Privat  SZ (GOÄ 1.0)  **GKV (ASV)**  **GKV(EBM/KÜA)**   
 Nur ASV-PSMA-PET/CT in Bayreuth gewünscht   
 ASV-Weiterbehandlung (URO/STR/ONKO) in Bayreuth gewünscht

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Diabetes mellitus ja  nein   
 Metformin-Präparat ja  nein  (Med. 2 Tage vor Untersuchung absetzen)  
 Kontrastmittelallergie ja  nein

**Hormonbehandlung** ja  nein  wann/was? \_\_\_\_\_  
 Operation ja  nein  wann? \_\_\_\_\_  
 Chemotherapie ja  nein  wann beendet? \_\_\_\_\_  
 Strahlentherapie ja  nein  wann beendet? \_\_\_\_\_  
 Voruntersuchung PET ja  nein  wann/wo? \_\_\_\_\_  
 Voruntersuchung CT ja  nein  wann/wo? \_\_\_\_\_

#### **GKV-Indikationen bitte zwingend ankreuzen (ASV/EBM):**

1. PSA-Rezidiv > 0,2 ng/ml nach RPE (durch 2 Messungen bestätigt)
2. fehlender PSA-Abfall < 0,2 ng/ml innerhalb 3 Monaten nach RPE (durch 2 Messungen bestätigt)
3. nach alleiniger RTx PSA-Anstieg > 2 ng/ml (durch 2 Messungen bestätigt) über Nadir
- 4- bei high-risk PCA (Gl. 8-10 oder cT3/cT4 oder PSA > 20 ng/ml) vor kurativ intendierter Therapie
5. bei progredienten, kastrationsresistenten met. PCA und mind. 1x taxanbas. CTx vor Lu177-PSMA

MedZentrum Klinikum  
 Bayreuth GmbH  
 MVZ für Dermatologie,  
 Nuklearmedizin, Radiologie

Ärztliche Leitung: Dr. med. Ina Haendle

#### **Nuklearmedizinische Klinik**

Leiter: Prof. Dr. med. Stefan Förster

Preuschwitzer Straße 101  
 95445 Bayreuth

Tel. 0921 – 4006734  
 Fax 0921 – 400886736  
 Email [nuklearmedizin@klinikum-bayreuth.de](mailto:nuklearmedizin@klinikum-bayreuth.de)

Sitz und Registergericht:  
 Bayreuth HRB 3902

Geschäftsführer:  
 Dietmar Pawlik

Aufsichtsratsvorsitzender:  
 Oberbürgermeister Thomas Ebersberger

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift des Zuweisers

\_\_\_\_\_  
 Stempel des Zuweisers