

MedZentrum Klinikum Bayreuth GmbH - MVZ für Dermatologie, Chirurgie, Nuklearmedizin

Ärztliche Leitung: Dr. med. Ina Haendle

MVZ Nuklearmedizin

Prof. Dr. med. Stefan Förster

Anmeldung PSMA PET/CT (bei Prostata-Ca)

Fax: 0921 – 400886736

Email: petct@klinikum-bayreuth.de

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

Hauptdiagnose:

ED:

Gleason Score:

Fragestellung:

PSA-Wert (_____) Kontrastmittelallergie? ☐ ja ☐ nein ☐ unbekannt

Zusätzliches kontrastmittelverstärktes CT erwünscht? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte aktuelles (< 4 Wo) Kreatinin (_____) und TSH (_____)

Patienten-Name: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefon-Nr.: _____

Versicherungsname & -nummer: _____

☐ Privat ☐ SZ (GOÄ 1.0) ☐ GKV (ASV) ☐ GKV (EBM/KÜA)

☐ Nur ASV-PSMA-PET/CT in Bayreuth gewünscht (eine Anbindung an ein zertifiziertes Prostatakrebszentrum liegt vor)

☐ ASV-Weiterbehandlung (URO/STR/ONKO) in Bayreuth gewünscht

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Therapieverlauf (bitte jeweils mit Angabe des Zeitraums, z.B. 01/21 – 04/21)

Abirateron	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____	Enzalutamid	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____
Apalutamid	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____	Darolutamid	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____
Docetaxel	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____	Cabazitaxel	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____
Denosumab	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____	BRCA-Testung	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____
LHRH-Analoga	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____	Präparat:		
Strahlentherapie	☐ nein	☐ ja, Zeitraum: _____	Bitte Befunde beifügen		
Operation	☐ nein	☐ ja, wann/wo? RPVE, TUR? _____			

Voruntersuchung: PET/CT, wann/wo? _____ CT, wann/wo? _____ MRT, wann/wo? _____

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

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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die Patienteneinwilligung zur Übermittlung der personenbezogenen Daten wurde bereits von uns eingeholt.

Datum, Unterschrift des Zuweisers

Stempel des Zuweisers