

Anmeldung PSMA PET/CT (bei Prostata-Ca)

Fax: 0921 – 400886736

Email: nuklearmedizin@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.**



Klinikum Bayreuth · Klinik Hohe Warte

KLINIKUM BAYREUTH GMBH

Medizincampus Oberfranken

Hauptdiagnose: _____

ED: _____

Gleason Score: _____

MedZentrum Klinikum
Bayreuth GmbH
MVZ für Dermatologie,
Nuklearmedizin, Radiologie

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.: _____

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

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 bereits vor)

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

Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm

Sitz und Registergericht:
Bayreuth HRB 3902

Geschäftsführer:
Dietmar Pawlik

Aufsichtsratsvorsitzender:
Oberbürgermeister Thomas Ebersberger

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

Abirateron	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	Enzalutamid	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____
Apalutamid	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	Darolutamid	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____
Docetaxel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	Cabazitaxel	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____
Denosumab	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	BRCA-Testung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____
LHRH-Analoga	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	Präparat:	_____
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	(bitte Befunde beifügen)	
Operation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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, kastrationsresistenten met. PCA und mind. 1x taxanbas. CTx 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