

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.**

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 bereits 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	<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, 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



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 petct@klinikum-bayreuth.de

Sitz und Registergericht:
Bayreuth HRB 3902

Geschäftsführer:
Dietmar Pawlik

Aufsichtsratsvorsitzender:
Oberbürgermeister Thomas Ebersberger