PET/CT
Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin
Haydnstraße 36
53115 Bonn
Tel: 0228 50202-0
Fax: 0228 50202-199
petct@praxisnetz-bonn.de

PET ZENTRUM PRAXISNETZ CT

Anmeldeformular PET/CT

Deckblatt

Patientendaten: **Datum:** _____

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer des Patienten: _____

Krankenversicherung: ☐ Privat _____ ☐ Gesetzlich _____ ☐ Selbstzahler

Gewünschtes Untersuchungsdatum: ☐ zeitnah ☐ Wunschzeitraum: _____

Diagnose: _____

Anamnese & Nebendiagnosen:

Bisherige Therapie / Staging:

Tumormarker: welcher? _____ ☐ normal ☐ angestiegen ☐ gefallen

B-Symtomatik: ☐ Nachtschweiß ☐ Gewichtsverlust > 10% ☐ Fieber ☐ _____

Diabetiker: ☐ ja ☐ nein **Kontrastmittelallergie:** ☐ ja ☐ nein

TSH (< 6 Wochen): _____ Kreatinin (< 6 Wochen): _____

Überweiser/in:
Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer: _____

Name des Arztes: _____

Anmeldeformular PET/CT

PET ZENTRUM CT PRAXISNETZ

Organbereich **Kopf und Hals**

Indikationen, welche von den gesetzlichen Krankenkassen regelhaft übernommen werden, sind unterstrichen. KV Abrechnungsvoraussetzungen sind kurz erläutert.

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Datum der Erstdiagnose: _____ Vor OP? ☐ ja ☐ nein

TNM Stadium: _____

Voruntersuchungen? ☐ ja welche? ☐ CT ☐ MRT ☐ PET/CT
☐ nein

☐ **Kopf-Hals-Tumor** ☐ **Raumforderung im Kopf-Hals bei unbekanntem Primarius**

Chemotherapie bisher? ☐ ja ☐ nein Zyklenzahl: _____ Zeitraum: _____

Neck Dissection geplant? ☐ ja ☐ nein

Op bisher? ☐ ja ☐ nein welche? _____

Bestrahlung erfolgt? ☐ ja ☐ nein

V. a. Rezidiv? ☐ ja ☐ nein wo? _____

KV Abrechnungsvorrausetzung: Entscheidung über Durchführung einer Neck Dissection bei Pat. mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren ***oder*** *mit gesicherter Metastase im Kopf-Hals-bereich bei unklarem Primarius (CUP)*

☐ **Larynx Ca (Kehlkopftumor):**

Chemotherapie bisher? ☐ ja ☐ nein Zyklenzahl: _____ Zeitraum: _____

Laryngoskopische Biopsie geplant? ☐ ja ☐ nein

Op bisher? ☐ ja ☐ nein welche? _____

Bestrahlung erfolgt? ☐ ja ☐ nein

V. a. Rezidiv? ☐ ja ☐ nein wo? _____

KV Abrechnungsvorrausetzung: Entscheidung über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluß der kurativen Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv vorliegt.

☐ **Schilddrüsen Ca:**

☐ papillär ☐ follikulär

Darf **Kontrastmittel** gegeben werden? ☐ ja ☐ nein

OP bisher? ☐ ja ☐ nein Radiojodtherapie? ☐ ja ☐ nein letzte RJT? _____

TG Anstieg ☐ ja ☐ nein V. a. Entdifferenzierung? ☐ ja ☐ nein

Ergänzung zum PET/CT Anmeldebogen

Qualitätssicherung PET/CT KV-Indikationen nach § 135 Abs. 2 SGB V

(Betrifft die Gebiete Lunge, Lymphome und Kopf-Hals-Tumore)

Name, Vorname: _____ Geb.Datum: _____

- Indikation gegeben: ☐ **ja** ☐ **nein** ☐ kurativ ☐ palliativ

  welche_____Begründung_____

  _____
- Abweichende Meinungen dazu? ☐ **ja** ☐**nein**

  welche _____
- Indikations-Datum: _____
- Befund-Datum: _____
- Nachbesprechungs-Datum in Kenntnis der erhaltenen Befunde aus der PET/CT und weiterer Diagnostik: _____
- Vorbefunde vorhanden: ☐ **ja** ☐ **nein**

  welche _____
- Therapeutische Konsequenzen/Therapieplanung der PET/CT: ☐ **ja** ☐ **nein**

  welche _____
- Rezidivverdacht bestätigt nach PET/CT ☐ **ja** ☐ **nein**

  welche _____
- Tumorstadium vor PET/CT _____ und nach PET/CT _____
- Op/Intervention nach PET/CT ☐ **ja** ☐ **nein**

  welche _____
- Ggf. Neck Dissection oder Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie ☐ **ja** ☐ **nein**

  welche _____
- Therapieänderung/Planung nach PET/CT ☐ **ja** ☐ **nein**

  welche _____
- Histologie/Zytologie vorhanden nach PET/CT ☐ **ja** ☐ **nein**

  Welche _____
- Folgebildgebung nach PET/CT ☐ **ja** ☐ **nein**

  Welche _____
- Mit PET/CT übereinstimmend? ☐ **ja** ☐ **nein**

  welche _____
- Ob ggf. auf der Grundlage der Befunde der PET bzw. PET/CT auf eine laryngoskopische Biopsie verzichtet wurde ☐ **ja** ☐ **nein**
- Welche_____
- Tumorkonferenzbeschluss/interdisziplinäre Zustimmung vorhanden? **ja** **nein**

  Datum: _____ Ergebnis: _____

Unterschriften des interdisziplinären Teams auf nachfolgender Seite!

Ergänzung zum PET/CT Anmeldebogen

Unterschriften/Namen Ärzte
(interdisziplinäre Team der unmittelbaren Zusammenarbeit mit fachlichen Anforderungen)

_____

PET bzw. PET/CT verantwortlicher Facharzt (Gebiet Lunge, Lymphom, Kopf-Hals/HNO)

_____ _____
oder Facharzt für Radiologie und Facharzt für Nuklearmedizin
(Gebiet Lunge, Lymphom, Kopf-Hals/HNO)

_____
Onkologisch verantwortliche Arzt oder Onkologe
(Gebiet Lunge, Lymphom, Kopf-Hals/HNO)

_____
Facharzt für Thoraxchirurgie
(Gebiet Lunge)

_____
Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
(Gebiet Lunge)

_____
oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie
(Gebiet Lunge, Lymphom, Kopf-Hals/HNO)

_____
Facharzt für Strahlentherapie
(Gebiet Lunge, Kopf-Hals/HNO)

_____
Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einem Facharzt für Mund, Kiefer-Gesichtschirurgie
(Gebiet Kopf-Hals/HNO)

_____
Weiterer Ansprechpartner der Pathologie
(Verfügbarkeit werktäglich gegeben)

GBA Indikation PET/CT entsprechend § 1
QS-Vereinbarung PET, PET/CT vom 01.07.2016
in der ab dem 01.07.2024 geltenden Fassung
https://www.kbv.de/media/sp/PET_CT.pdf
für PET/CT mit Überweisungsschein

PRAXISNETZ
RADIOLOGIE & NUKLEARMEDIZIN
FACHÜBERGREIFENDE GEMEINSCHAFTSPRAXIS
BONN • BAD GODESBERG • RHEIN SIEG

PET ZENTRUM CT PRAXISNETZ

Name, Vorname:	
Geburts-Datum:	
Strasse	
PLZ + Ort	
Kostenträger:	
Telefon:	
Größe/Gewicht:	
Gewünschter Untersuchungstermin	

Bitte Formular komplett ausfüllen, zutreffende GBA Indikation ankreuzen, mit relevanten Befunden inkl. interdisziplinären Tumorkonferenzbericht zurückfaxen. Voraufnahmen CT/MRT auf CD mitgeben

○ 1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären NSCLC einschließlich der Detektion von Fernmetastasen (**NSCLC prä-OP Staging – Patholgiebefund muss beigefügt sein!**)

○ 2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären NSCLC (**NSCLC Rezidivstaging**)

○ 3. Charakterisierung von Lungenrundherden (**SPN**) Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko u. wenn eine Diagnosestellung mittels invasiver Methodik nicht möglich ist – **nur mit Begründung**

……

○ 4. Bestimmung des Tumorstadiums von **SCLC** einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, das vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint (**Pathologiebefund beigefügt**)5. Nachweis eines **Rezidivs** (bei begründetem Verdacht) bei **SCLC**, wenn Patient primär kurativ behandelt wurde und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte

○ 6. **Staging-Untersuchungen** beim **Hodgkin-Lymphom** bei Erwachsenen bei Ersterkrankung und bei rezidivierter Erkrankung. (Keine PET in der Routine-Nachsorge ohne begründeten Rezidivverdacht).

○ 7. Entscheidung über Durchführung einer **Neck Dissection** bei Patienten mit fortgeschrittenen **Kopf-Hals**-Tumoren oder mit unbekannten Primärtumorsyndromen (**CUP**) des **Kopf-Hals-Bereichs**

○ 8. Entscheidung über Durchführung **einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom**, wenn nach Abschluß einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht

○ 9. Alle malignen Lymphome bei Kindern und Jugendlichen

○ 10. **Initiales Staging** bei aggressiven **Non-Hodgkin-Lymphom**

○ 11.Entscheidung über die Durchführung einer zugelassenen nuklearmedizinischen Therapie mit (177Lu) Lutetiumvipivotidtetraxetan bei Patienten mit einem progredienten, metastasierten, kastrationsresistenten ProstataCa (mCRRC), die zuvor mittels Inhibition des AR-Signalweges und taxanbasierter Chemotherapie behandelt wurden. (PSMA-PET/CT)

○ Einzelfallentscheidung Diagnose: _____ ***Kostenübernahmeklärung muß vor der Untersuchung eingeholt werden! Termin kann erst nach Kostenbestätigung vereinbart werden!***

Stempel Krankenhaus/Praxis **Name in Druckschrift/Unterschrift**