

PET/CT

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

**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 _____ ☐ SelbstzahlerGewünschtes Untersuchungsdatum: ☐ zeitnah ☐ Wunschzeitraum: _____**Diagnose:** _____**Anamnese & Nebendiagnosen:****Bisherige Therapie / Staging:****Tumormarker:** welcher? _____ ☐ normal ☐ angestiegen ☐ gefallen**B-Symptomatik:** ☐ 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

Organbereich Skelett und Gefäße



Patient: _____ Geburtsdatum: _____

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

TNM Stadium: _____

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

☐ **Knochtumor** ☐ **Weichteiltumor**

Welche Tumorart? _____

Lokalisation? _____

Fragestellung:

☐ Diagnosesicherung bei Verdacht ☐ Staging ☐ Restaging

Z. n. OP? ☐ ja ☐ nein Wann? _____

Was wurde operiert?

Chemotherapie ☐ ja ☐ nein Strahlentherapie ☐ ja ☐ nein

V. a. Rezidiv ☐ ja ☐ nein Metastasen ☐ ja ☐ nein

Wo? _____

☐ **Großgefäßvaskulitis**

☐ Diagnosesicherung bei Verdacht ☐ Verlauf

Unter Therapie (z. B. Cortison)? ☐ ja ☐ nein seit wann? _____

☐ **Osteomyelitis** ☐ **Spondylodiszitis**

Lokalisation? _____

Fragestellung:

☐ Diagnosesicherung bei Verdacht ☐ Verdacht

Unter Therapie (z. B. Antibiose)? ☐ ja ☐ nein seit wann? _____

Z. n. OP? ☐ ja ☐ nein Wann? _____

Was wurde operiert? _____

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

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 – Pathologiebefund muss beigelegt 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 beigelegt**) 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) Lutetiumvivotridetetraxetan 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