

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 gefallenB-Symptomatik: Nachtschweiß Gewichtsverlust > 10% Fieber _____Diabetiker: ja neinKontrastmittelallergie: ja nein

TSH (< 6 Wochen): _____

Kreatinin (< 6 Wochen): _____

Überweiser/in:

Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer: _____

Name des Arztes: _____

F18-PSMA bei Prostata Karzinom

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Datum der Erstdiagnose: _____ Vor OP? ja nein

TNM Stadium: _____

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

Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht Staging Restaging

PSA: _____ Histologisch gesichert? ja nein Gleason Score: _____

Z. n. OP? ja nein Wann? _____

Was wurde operiert? _____

Antihormonelle Therapie? ja nein Kastrationsresistent? ja nein

Chemotherapie ja nein Strahlentherapie ja nein

V. a. Rezidiv ja nein Metastasen ja nein

Wo? _____

Hinweis:

Die PSMA PET/CT ist **keine** Leistung der gesetzlichen Krankenkasse!

Für gesetzlich versicherte Patienten bestehen die Möglichkeiten a) einer individuellen Gesundheitsleistung (IGeL) oder b) die Kostenübernahme bei der Krankenkasse zu beantragen.

Wir helfen Ihnen gerne weiter.

**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 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 unbekanntem 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) Lutetiumvivotidtetraacetat 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