

Indikationsgespräch vor PSMA-Radioligandentherapie

Terminanforderung per FAX 0228 50202-198 oder per Mail petct@praxisnetz-bonn.de

Telefonisch sind wir unter 0228 50202-127 für Sie erreichbar.

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Überweisende*r Ärztin*Arzt:

(Praxisstempel / Klinikstempel / Kontaktnummer)

Telefonnummer/E-Mail Patient:

Terminwunsch: dringend (2-4 Tage) zeitnah (bis 10 Tage) nächstmöglicher Termin

Versicherungsstatus: Privat GKV (ASV-Überweisung) Selbstzahler IGEL

Klinische Angaben:

kastrationsresistentes, metastasiertes Prostatakarzinom (mCRPC) JA NEIN

vorherige erweiterte Hormontherapie (ARSI/ARPI)
(mind. eine Substanz vor Lu-177-PSMA RLT nötig)

Abirateron

JA NEIN

Enzalutamid / Darolutamid / Apalutamid

JA NEIN

vorherige Taxan-basierte Chemotherapie

(mind. eine Substanz vor Lu-177-PSMA RLT nötig)

Docetaxel

JA NEIN

Cabazitaxel

JA NEIN

keine Chemotherapie möglich (bitte Begründung angeben)

vorherige andere systemische mCRPC Therapien (wenn ja, welche) JA NEIN

Allgemeinzustand: ECOG 0 ECOG 1 ECOG 2

Laborwerte:

Kreatinin < 1.8 mg/d bzw. eGFR >30 ml/min

JA NEIN

Hämoglobin > 8 g/dl

JA NEIN

Leukozyten > 2.5 x 10⁹/l

JA NEIN

Thrombozyten > 80 x 10⁹/l

JA NEIN

Bildgebung:

PSMA-Bildgebung vorhanden

JA NEIN

Nierenfunktionsszintigraphie vorhanden

JA NEIN

weitere Bildgebung vorhanden (wenn ja, welche)

JA NEIN

**Bitte schicken Sie alle relevanten Arztbriefe, Laborwerte und Befunde mit dieser Anmeldung mit!
Vorliegende Bildgebung sollte der Patient spätestens am Besprechungstag digital mitbringen!**