

# Indikationsgespräch vor PSMA-Radioligandentherapie

Terminanforderung per FAX 0228 50202-199 oder per Mail [petct@praxisnetz-bonn.de](mailto: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 10<sup>9</sup>/l

JA     NEIN

Thrombozyten > 80 x 10<sup>9</sup>/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!**