



## Indikationengespräch vor PSMA-Radioligandentherapie

Terminanforderung per FAX 089 - 550 596 - 920 oder per Mail [psma-therapie@die-radiologie.de](mailto:psma-therapie@die-radiologie.de)

Telefonisch sind wir unter 089 – 550 596 - 720 für Sie erreichbar.

<b>Patient:</b>	<b>Datum:</b>
Name: _____	_____
Vorname: _____	<b>Überweisende*r Ärztin*Arzt:</b> (Praxisstempel / Klinikstempel / Kontaktnummer)
Geburtsdatum: _____	
<b>Telefonnummer/E-Mail Patient:</b>	
_____	

<b>Terminwunsch:</b>	dringend (2-4 Tage)	zeitnah (bis 10 Tage)	nächstmöglicher Termin
<b>Versicherungsstatus:</b>	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	
<b>Allgemeinzustand:</b>	ECOG 0	ECOG 1	ECOG 2
<b>Laborwerte:</b>			
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!**