



# Anmeldung PET/CT

Terminanforderung per FAX MUC: 089 - 550 596 - 920 / AUG 0821- 43 999 - 223

oder per Mail [info@die-nuklearmedizin.de](mailto:info@die-nuklearmedizin.de)

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Telefonnummer/E-Mail Patient:**

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Überweisende\*r Ärztin\*Arzt:**

(Praxisstempel / Klinikstempel / Kontaktnummer)

**Gewünschte Untersuchung:**

PSMA-PET/CT

**Terminwunsch:**

dringend (1-3 Tage)

zeitnah (bis 7 Tage)

nächstmöglicher Termin

**Versicherungsstatus:**

Privat

GKV (IGEL)

GKV (ASV-Überweisung)

Selbstzahler

Gesetzliche Krankenkassen übernehmen nur einzelne Indikationen im Rahmen der ASV!!

**Klinische Angaben:**

iPSA:

mpMRT-PIRADS:

Biopsie erfolgt am:

Gleason

Operation am:

TNM:

Strahlentherapie, wann

Z.n. ADT, derzeit laufend

Z.n. ARSI, derzeit laufend

Z.n.Chemo, derzeit laufend

Z.n. PSMA-RLT Sonstige Therapien:

TB-Beschlus, Datum:

aktueller PSA-Wert:

vom:

**Weitere klinische Angaben/Fragestellung:**

**Labor:** Blutwerte bitte nicht älter als 6 Wochen

Kreatinin:

mg/dl Datum:

TSH:

µIU/ml Datum:

Größe:

Gewicht:

Metformin-Einnahme

KM-Allergie

**Vordiagnostik:**

PET/CT, zuletzt am:

CT, zuletzt am:

Skelettszinti, zuletzt am am:

MRT, zuletzt am:

**Terminbestätigung an:**

Termin bereits vereinbart Patienten

Überweiser\*in, FAX-Nummer:

**Termin:**

**Bei gesetzlich versicherten Patienten bitte diese Seite ausfüllen!**

---

**Initialstaging (ASV / Kostenübernahmeantrag)**

Intermediate-Risk Prostatakarzinom (Gleason-Score 7b)  
(wird nur in Einzelfällen von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen; KÜA notwendig)

beim High-Risk Prostatakarzinom (Gleason-Score 8-10 oder T-Kategorie cT3/cT4 oder PSA $\geq$ 20ng/ml) zur Ausbreitungsdiagnostik vor kurativ intendierter Therapie bei Empfehlung durch eine interdisziplinäre Tumorkonferenz (ASV)

TB-Beschlus, Datum:

---

**Persistierende Erkrankung (ASV)**

fehlender Abfall des PSA-Wertes unter 0,2 ng/ml innerhalb von 3 Monaten nach radikaler Prostatektomie eines lokalisierten Prostatakarzinoms (durch 2 Messungen bestätigt)

1. Messung:                      Datum:                      2. Messung:                      Datum:

---

**Rezidiv (ASV)**

PSA-Rezidiv nach radikaler Prostatektomie (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Wert > 0,2 ng/ml) eines lokalisierten Prostatakarzinoms

PSA-Rezidiv nach alleiniger Bestrahlung (durch zwei Messungen bestätigter PSA-Anstieg von > 2 ng/ml über den postinterventionellen Nadir) eines lokalisierten Prostatakarzinoms

Liegt der PSA-Wert > 10 ng/ml sind zuvor zur Tumorlokalisierung die konventionellen Untersuchungsverfahren einschließlich Becken-MRT und Skelettszintigraphie auszuschöpfen.

PSA-Nadir:                      Datum:  
1. Messung:                      Datum:                      2. Messung:                      Datum:

---

**Vor Lu-177-PSMA-Radiolidgandentherapie (ASV oder normale Überweisung)**

Patienten mit kastrationsresistentem Prostatakarzinom mit progredienter Erkrankung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Lutetium-177-PSMA-Radiolidganden (PSMA-PET/CT und oder FDG-PET/CT)

---

**Sonstiges (IGEL)**

---