



## Indikationsgespräch vor PSMA-Radioligandentherapie

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

oder per Mail [psma-therapie@die-radiologie.de](mailto:psma-therapie@die-radiologie.de)

**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!**