

## Anmelde-Formular für eine Lu-177-PSMA-Radioligandentherapie (RLT) zur Behandlung des metastasierten Prostatakarzinoms

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Sie erwägen für einen Ihrer Patienten eine nuklearmedizinische Lu-177-PSMA-RLT. Zur Überprüfung der Indikation bitten wir um Zusendung folgender Unterlagen:

<u>Kontakt Daten Zuweiser:</u>	
<u>Patientenname, Vorname, Geburtsdatum:</u>	
<u>Anschrift:</u>	
<u>Telefon / Mobilnummer des Patienten:</u>	

<u>Krankenversicherung:</u>	<input type="radio"/> <u>Privat/SZ (amb. + stat.)</u> <input type="radio"/> <u>Privat Zusatz (nur stat.)</u> <input type="radio"/> <u>Gesetzlich</u>
<u>Arztbriefe (Krankengeschichte)</u>	<b><i>Bitte Kopien beifügen</i></b>
<u>Histologie:</u>	<input type="radio"/> <u>Prostata-Karzinom gesichert</u>  <u>BRCA 1 / 2 – Mutation:</u> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
<u>Bisheriger Therapieverlauf lt. Seite 3:</u> (Bitte Arztbriefe beifügen)	<input type="radio"/> <u>Nicht-resektable Metastasierung</u> <input type="radio"/> <u>Kastrations-refraktär</u> <input type="radio"/> <u>Hormon-Präparat bereits gewechselt</u> <input type="radio"/> <u>Progress unter leitliniengerechter Therapie</u>  <u>Letzte myelosuppr. Therapie &gt;6 Wochen?</u> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>
<u>Aktuelle Bildgebung</u> (Bitte auf CD/DVD mitschicken)	<b><i><u>Aktuelles PSMA-PET/CT oder PSMA- SPECT/CT schon erfolgt?</u></i></b> <input type="radio"/> Ja: wann: Falls nicht bei uns, CD/DVD mitschicken! <input type="radio"/> Nein: Termin unter T: 0921/400-6734
<u>Aktuelle Laborwerte:</u> Kreatinin, Bilirubin, Albumin, AST(GOT), ALT(GPT), GGT, LDH, Kalzium, Alkalische Phosphatase (AP) Kleines Blutbild (BB): Hb, Leukozyten, Thrombozyten PSA	<b><i>Bitte Kopie beifügen</i></b> <input type="radio"/> <u>Kreatinin &lt; 2x oberer Normwert</u>  <input type="radio"/> <u>AST(GOT), ALT(GPT) &lt; oberer Normwert</u>  <input type="radio"/> <u>Leukozytenzahl &gt; 3.000/pL</u> <input type="radio"/> <u>Thrombozytenzahl &gt; 75.000/pL</u>



<u>Wesentliche Begleiterkrankungen:</u>		Selbstversorger: O Ja O Nein O	
		Rollstuhl: O Ja O Nein O	
		eigenständiger Toilettengang: O Ja O Nein O	
Therapie	von	bis	Abbruch wegen:
<u>Operationen:</u> Primärtumor? Orchiektomie?			
<u>Hormontherapie:</u> Abirateron (Zytiga) Enzalutamid (Xtandi)			
<u>Chemotherapie:</u> Docetaxel (Taxotere) Cabazitaxel (Jevtana)			
<u>Radiatio:</u> Prostataloge? Metastasen?			
<u>Knochen-Medikation:</u> Bisphosponate (z.B. Zometa) Denosumab (z.B. XGEVA, Prolia)			
<u>Radionuklidtherapie:</u> Radium-223 (Xofigo) Samarium-153-EDTMP Rhenium-186-HEDP Strontium-89			



Klinikum Bayreuth · Klinik Hohe Warte

**KLINIKUM BAYREUTH GMBH**

Medizincampus Oberfranken

Weitere Therapien:			
--------------------	--	--	--

Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen werden wir uns unter dem angegebenen Kontakt umgehend mit Ihnen in Verbindung setzen.

Vielen Dank! Ihr Team der Nuklearmedizin Bayreuth

Kontaktdaten:

Sekretariat Fr. Bühl

Tel.: 0921/400-6702

Fax: 0921/400-886702