

Anmeldung Radio-Liganden-Therapie (PRLT)

Name Patient: _____ geb.: _____ Krankenkasse: _____

Telefon Patient: _____ Anschrift: _____

Name des anmeldenden Arztes/Ärztin: _____

Telefon: _____ Fax-Nr.: _____

Diagnose und Fragestellung :

Für die Indikationsstellung benötigen wir folgende Unterlagen des Patienten:

- Vollständig ausgefüllter Fragebogen (siehe Anhang)
- Letzte Bildgebung (PET/CT, CT, MRT usw.) - Befund und CD

Sollte keine aktuelle bildgebende Diagnostik vorliegen, kann dies selbstverständlich in unserer Klinik bzw. in unserem MVZ Bad Berka Fachbereich Nuklearmedizin oder Fachbereich Radiologie erfolgen. In diesem Fall bitten wir um kurze Rückmeldung.

1. Allgemeine Informationen

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Allgemeinarzt/Allgemeinärztin(Name/Adresse):

Urologe (Name/Adresse):

Onkologe/Onkologin (Name/Adresse):

PSMA-PET/CT bereits erfolgt

nein ja _____ Wann? _____ (Wo?)

2. Diagnose und Krankengeschichte

Adenokarzinom der Prostata

Zeitpunkt der Erstdiagnose:

TNM-Stadium:

Gleason Score:

Initialer PSA- Wert:

Zusammenfassung der bereits erfolgten Therapien

Primär-Operation nein ja Wann? _____

Hormontherapie von / bis

Strahlentherapie nein ja

Bitte konkretisieren: Zeitraum/bestrahlte Region

Chemotherapie nein ja von _____ / bis _____

Bitte konkretisieren: Zeitraum/Präparat

Immuntherapie nein ja von _____ / bis _____

Bitte konkretisieren: Zeitraum/Medikament

3. Aktuelle Medikation

Androgendeprivationstherapie (ADT), Hormontherapie

LHRH-Agonist/Antagonist nein ja
Dosierungsintervall: alle 3 Monate monatlich anders: _____
Letzte Injektion am : _____
Zytiga (Abirateron) nein ja Dosis mg/Tag _____
Xtandi (Enzalutamid) nein ja Dosis mg/Tag _____
Cortison (Prednisolon) nein ja Dosis mg/Tag _____
Bisphosphonat-Therapie nein ja
Denosumab (XGEVA) nein ja

4. Begleiterkrankungen

Nierenerkrankungen nein ja
Diabetes nein ja Erstdiagnose _____
Orale Antidiabetika nein ja Insulin nein ja
Bluthochdruck nein ja Erstdiagnose _____
Sonstige Operationen:

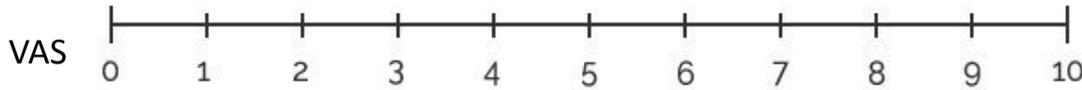
5. Klinische Symptome

Größe _____ cm Gewicht _____ kg
 Gewichtsverlust (_____ kg in _____ Monaten)
 Gewichtszunahme (_____ kg in _____ Monaten)
 konstant

Dyspnoe nein ja Belastungsdyspnoe nein ja

Schmerzen nein ja

Lokalisation _____



6. Karnofsky-Index _____ %

- | | |
|---|---|
| 100 % normal, keinerlei Beschwerden oder Krankheitszeichen | 90 % geringfügige Symptome, normale Lebensführung möglich |
| 80 % Symptome, die normales Leben mit Anstrengung zulassen | 70 % Selbstversorgung noch möglich |
| 60 % Selbstversorgung mit gelegentlicher Hilfe noch möglich | 50 % auf häufige Hilfe angewiesen |
| 40 % behindert und pflegebedürftig, noch nicht hospitalisiert | 30 % schwer behindert, hospitalisiert |
| 20 % schwer krank, stationäre Behandlung | |

7. Laborwerte vom _____ (auch als beigefügter Ausdruck möglich)

Blutwerte Hb _____ Erythrozyten _____ Leukozyten _____ Thrombozyten _____

TSH _____ fT3 _____ fT4 _____

Nierenwerte Kreatinin _____ GFR _____

Alkalische Phosphatase (ALP) _____

Laktat-Dehydrogenase (LDH) _____

Leberfunktionsparameter Albumin _____ (g/l) INR/PT _____

8. Tumormarker/Testosteron (Verlauf der letzten 3 Bestimmungen)

PSA _____ ng/l (normal _____) Datum _____

PSA _____ ng/l (normal _____) Datum _____

PSA _____ ng/l (normal _____) Datum _____

Testosteron _____ (normal _____)