

ANMELDUNG RADIO-LIGANDEN-THERAPIE (PRLT)

Name Patient _____
Geburtsdatum _____ Telefon Patient _____
Krankenkasse _____ Adresse _____

Name des anmeldenden Arztes / Ärztin _____
Telefon _____
Fax _____

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 Patient _____
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	<input type="text"/>	Gleason Score	<input type="text"/>
Zeitpunkt der Erstdiagnose	<input type="text"/>	Initialer PSA-Wert	<input type="text"/>
TNM-Stadium	<input type="text"/>		

Zusammenfassung der bereits erfolgten Therapien

Primär-Operation

Nein
Ja
Wann



Hormontherapie von / bis

Strahlentherapie

Nein

Ja

Zeitraum und bestrahlte Region:

Chemotherapie

Nein

Ja

von

bis

Zeitraum und Präparat:

Immuntherapie

Nein

Ja

von

bis

Zeitraum und 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

Gewicht konstant

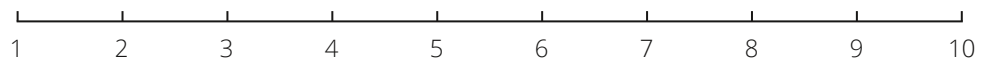
Dyspnoe Nein Ja

Belastungsdyspnoe Nein Ja

Schmerzen Nein Ja

Lokalisation

VAS



6. KARNOFSKY-INDEX

Karnofsky-Index _____ %

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

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 _____)	