



Indikationsgespräch zur Planung einer PSMA-Radioligandentherapie

Zur Bearbeitung Ihrer Anfrage sind folgende Angaben erforderlich. Bitte senden Sie uns die Unterlagen per Fax (0941-369 2534) oder per Mail (nuklearmedizin@barmherzige-regensburg.de) zu. Nach Durchsicht der Unterlagen setzen wir uns ggf. mit dem Patienten in Verbindung. Erst nach dem persönlichen Gespräch und der Kostenübernahme der Kasse kann die Behandlung konkret terminiert werden.

Patient

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

E-Mailadresse:

Versicherungsstatus: Privat GKV (ASV-Überweisung) Selbstzahler

Datum:

Überweisende Ärztin / Überweisender Arzt (Praxisstempel / Klinikstempel / Kontaktnummer):

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-Therapie (wenn ja, welche) JA Nein

Allgemeinzustand ECOG 0 ECOG1 ECOG 2

Bildgebung

PSMA-Bildgebung vorhanden JA Nein

Nierenfunktionszintigraphie vorhanden JA Nein

Weitere Bildgebung vorhanden (wenn ja, welche) JA Nein

Aktuelle Laborwerte (nicht älter als 2 – 3 Wochen):

Diff. Blutbild mit Neutrophilen-Fraktion, Kreatinin, GFR, Leberenzyme, PSA, ALP, LDH und CRP