

## Checkliste PSMA-Liganden-Therapie

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnr.: \_\_\_\_\_

	liegt vor	fehlt
<b>Original Histologie der Prostatektomie / der Prostatastanzbiopsie</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>BRCA-Testung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Ergebnis: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Labor nicht älter als 2 Wochen</b> (großes Blutbild, Kreatinin, GFR, GOT, GPT, $\gamma$ GT, PSA)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Therapieverlauf</b> (bitte jeweils mit Angabe des Zeitraums, z.B. 01/21 – 04/21)		
<b>Antiandrogene Therapie</b> – Präparat: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bisphosphonate / Denosumab</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Abirateron (Zytiga ®)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Enzalutamid (Xtandi ®)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Docetaxel</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Cabazitaxel</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zeitraum: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Strahlentherapie</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, bitte Befunde beifügen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Weitere Erkrankungen:</b> _____ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nachweis eines Progresses unter der derzeitigen Therapie</b>		
anhand des <b>PSA-Verlaufes</b> und	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>bildmorphologisch</b> (CT, MRT, PSMA-PET/CT, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ECOG (0-5) oder Karnofsky-Index (0-100)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Aktueller Medikamentenplan</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Kontakt:**  
 MHH – Klinik für Nuklearmedizin  
 Elke Krischke  
 Carl-Neuberg-Str. 1  
 30625 Hannover  
 Tel.: 0511 – 532 2595  
 Fax: 0511 – 532 161035

**Durch die Klinik für Nuklearmedizin der MHH auszufüllen:**

<b>Onkologe / -in:</b> _____	<b>Urologe / -in:</b> _____
<b>TK-Beschluss:</b> <input type="checkbox"/> intern <input type="checkbox"/> extern, Ort: _____	
<input type="checkbox"/> liegt vor vom: _____	<input type="checkbox"/> fehlt, geplantes Datum: _____
<b>PSMA-PET/CT:</b> <input type="checkbox"/> liegt vor vom: _____	<input type="checkbox"/> geplant am: _____
<b>ING:</b> <input type="checkbox"/> liegt vor vom: _____	<input type="checkbox"/> geplant am: _____
<b>Labor:</b> <input type="checkbox"/> liegt vor vom: _____	<input type="checkbox"/> geplant am: _____