

Checkliste PSMA-Liganden-Therapie für Zuweiser

Patientenname: _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ Telefonnr.: _____

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

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:	
Onkologe / -in: _____	Urologe / -in: _____
TK-Beschluss: ☐ intern ☐ extern, Ort: _____	
☐ liegt vor vom: _____	☐ fehlt, geplantes Datum: _____
PSMA-PET/CT: ☐ liegt vor vom: _____	☐ geplant am: _____
ING: ☐ liegt vor vom: _____	☐ geplant am: _____
Labor: ☐ liegt vor vom: _____	☐ geplant am: _____