



# Anmeldung PET/CT

**Terminanforderung per FAX 089 - 550 596 - 920 oder per Mail info@die-nuklearmedizin.de**

Telefonisch sind wir unter 089 – 550 596 - 720 für Sie erreichbar.

**Patient\*in:**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Überweisende\*r Ärztin\*Arzt:**

(Praxisstempel / Klinikstempel / Kontaktnummer)

**Telefonnummer/E-Mail Patient:**

\_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchung:**

FDG-PET/CT

**Terminwunsch:**

dringend (1-3 Tage)

zeitnah (bis 7 Tage)

nächstmöglicher Termin

**Versicherungsstatus:**

Privat

GKV (IGEL/KüA)

GKV (GBA-Indikation)

Selbstzahler\*in

**Die GKV übernimmt nur einzelne, von der GBA genehmigte Indikationen! Bitte Seite 2 ausfüllen!**

**Klinische Angaben:**

Z.n. Operation, wann:

Z.n. Strahlentherapie, wann:

Z.n. Chemotherapie, wann:

Sonstige Therapien:

**Fragestellung:**

**Labor:** Blutwerte bitte nicht älter als 6 Wochen

Kreatinin: mg/dl Datum:

TSH:

µIU/ml Datum:

Größe:

Gewicht:

Diabetes

Metformin-Einnahme

KM-Allergie

**Vordiagnostik:**

PET/CT, zuletzt am:

CT, zuletzt am:

MRT, zuletzt am:

sonstiges:

**Terminbestätigung an:**

Termin bereits vereinbart Patient\*in

Überweiser\*in, FAX-Nummer:

**Termin:**

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss zugelassenen Indikationen bei onkologischen Fragestellungen welche von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden.  
Bitte das Zutreffende ankreuzen.

### Unklarer Lungenrundherd

**Charakterisierung von Lungenrundherden**, insbesondere Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patient\*innen mit erhöhtem Operationsrisiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.

- ⇒ erhöhtes Operationsrisiko:  JA  NEIN  
 ⇒ invasive Diagnostik möglich:  JA  NEIN

### Nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen

**Bestimmung des Tumorstadiums** von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen

**Nachweis von Rezidiven** (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen

- ⇒ Begründeter Verdacht gegeben:  JA  NEIN

### Kleinzelliges Lungenkarzinom

**Bestimmung des Tumorstadiums** von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.

- ⇒ Kurativer Ansatz möglich:  JA  NEIN

**Nachweis eines Rezidivs** (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patient\*innen primär kurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.

- ⇒ Begründeter Verdacht gegeben:  JA  NEIN  
 ⇒ Primär kurativ behandelt:  JA  NEIN  
 ⇒ PET/CT zur Sicherung notwendig:  JA  NEIN

### Hodgkin-Lymphome

#### Initiales Staging oder V.a. Rezidiv

**Entscheidung über die Bestrahlung** von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie.

- ⇒ Resttumor im CT > 2,5 cm:  JA  NEIN

**Entscheidung über die notwendige Anzahl von Chemotherapiezyklen** bei Hodgkin-Lymphomen im fortgeschrittenen Stadium **nach zwei Zyklen** leitliniengerechter Chemotherapie.

### Maligne Lymphome bei Kindern und jugendlichen

Maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen

### Aggressive Non-Hodgkin-Lymphome

**Initiales Staging** bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen.

### Kopf-Hals-Tumore

**Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection** bei Patient\*innen

- mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren  
 mit unbekanntem Primärtumorsyndrom des Kopf-Hals-Bereichs

**Entscheidung über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom**, wenn nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht.

- ⇒ Initial kurativ intendierte Therapie:  JA  NEIN  
 ⇒ Abschluss der Therapie:  JA  NEIN  
 ⇒ Begründeter Verdacht auf Persistenz:  JA  NEIN  
 ⇒ Begründeter Verdacht auf Rezidiv:  JA  NEIN

**Keine der oben genannten Indikationen (IGEL/Kostenübernahmeantrag)**