

## NUKLEARMEDIZIN

### ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

**Anforderungsdatum:** \_\_\_\_\_

**Patientendaten:**

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Telefonnummer des Patienten: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse und Versichertennummer (**WICHTIG**): \_\_\_\_\_

**Diagnose / klin. Angaben:**

Siehe beigefügte Liste – zwingend auszufüllen!

**Ergänzend spezielle Fragestellung:**

OP:  Ja  Nein Wann: \_\_\_\_\_  
Chemotherapie:  Ja  Nein bis: \_\_\_\_\_  
Strahlentherapie:  Ja  Nein bis: \_\_\_\_\_  
Tumorboardbeschluss:  Ja  Nein Datum: \_\_\_\_\_

sonstige Erkrankungen:

**Schwangerschaft:**  Ja  Nein

Allergien:

**Diabetes:**  Ja  Nein Nüchtern-BZ: \_\_\_\_\_ mg/dl

**PSA:** 1. Wert \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ 2. Wert \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Terminwunsch (falls möglich): \_\_\_\_\_

Patient geschäftsfähig?  Ja  Nein  
 sitzend  bettlägerig  gehfähig

Anmerkungen:

**Telefonnummer für Rückfragen/Terminbestätigung:**

Befunde zu Voruntersuchungen bitte ggf. in Kopie mitfaxen!  
Anforderungsbogen bitte nach Möglichkeit vollständig und lesbar ausfüllen!  
Unabhängig von der gewünschten Untersuchung wird die Indikation zur diagnostischen  
CT einschließlich des erforderlichen Untersuchungsumfangs individuell geprüft!

Unterschrift anfordernder Arzt + Praxisstempel

Prüfung Indikation Dr. Scher/Dr. Schmidbauer/Dr.  
Rath

Fürs AZL-Team:

Endgültiger Termin: \_\_\_\_\_  
Pat. 1 Tag vorher anrufen, Termin nochmal abgleichen!  
Patient angerufen am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_

## NUKLEARMEDIZIN

---

### ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

---

Bitte die entsprechende Fragestellung ankreuzen und Erfassungsbogen am Ende ausfüllen! Die hierunter aufgeführten Voraussetzungen müssen sämtlich erfüllt sein

#### KV-Indikationen

##### Lunge

- Charakterisierung von **unklaren Lungenrundherden >7mm und <35 mm**. Herd ist CT-graphisch erstmalig aufgefallen. Bitte CT-Befund anfügen!
- Bestimmung des Tumorstadiums von **bestätigten** primären **nichtkleinzelligen** Lungenkarzinomen, einschließlich der Detektion von Fernmetastasen
- Nachweis von **Rezidiven** (bei begründetem Verdacht) bei **primären nichtkleinzelligen** Lungenkarzinomen
- Bestimmung des **Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen** einschließlich der Detektion von Fernmetastasen bei **kurativer Intention**
- Nachweis eines **Rezidivs** (bei begründetem Verdacht) bei **kleinzelligen Lungenkarzinomen**, wenn die Patienten **primär kurativ** behandelt wurden und wenn durch **andere bildgebende Verfahren** ein lokales oder systemisches Rezidiv **nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen** werden konnte. Bitte vorangegangene Bildbefunde beifügen!

##### Lymphom

- Initiales Staging bei **Hodgkin-Lymphomen**
- Interims-Staging bei **Hodgkin-Lymphomen**
- Begründeter V.a. Rezidiv eines **Hodgkin-Lymphoms**
- Initiales Staging bei **aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen**
- Malignes Lymphom bei Kindern und Jugendlichen**

##### Kopf-Hals-Tumoren

## NUKLEARMEDIZIN

---

### ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

---

- Entscheidung über die **Durchführung einer Neck Dissection** bei **fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren**
- Entscheidung über die **Durchführung einer Neck Dissection** bei **unbekannten Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs (CUP-Syndrom)**.
- Entscheidung über die Durchführung einer **laryngoskopischen Biopsie** bei **Larynxkarzinom**, wenn **nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie** der **begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung** oder ein **Rezidiv** besteht.

**PET/CT & PSMA-PET/CT i.R.d. ASV: Achtung: nur für Patienten, die in einem der ASV-Teams eingeschrieben sind!**

#### Tumoren des Gastrointestinaltrakts

- **Kolorektales Karzinom** mit **resektablen Lebermetastasen** mit dem Ziel der Vermeidung einer unnötigen Laparotomie – Frage nach Fernmetastasen
- Differenziertes **Schilddrüsenkarzinom** mit **erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin** und/oder negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie, zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel, therapeutische Konsequenzen einzuleiten

#### Gastrointestinale Tumoren/Gastrointestinale Stromatumoren

**Beide** Voraussetzungen müssen erfüllt sein:

- Kurative Lokaltherapie (OP oder Radiatio) geplant – keine alleinige Systemtherapie
- CT/MRT bereits erfolgt OHNE Hinweis auf Fernmetastasen bzw. unklare Situation hinsichtlich Lokalrezidiv

#### Gynäkologische Tumoren

- Bei Patientinnen mit **Ovarialkarzinom** im **Rezidiv** oder **Verdacht auf Progression** zur Detektion von Lymphknotenmetastasen bzw. einer Peritonealkarzinose, wenn die mit **Sonographie, CT und MRT** (bei V.a. Fernmetastasierung auch Knochenszintigrafie) erhältlichen Informationen zur Morphologie **keine Entscheidung zwischen konkreten Therapieoptionen erlauben** und eine patientenrelevante Konsequenz für nachfolgende therapeutische Entscheidungen, Patientenprognose und/oder Lebensqualität erwartet werden kann.

#### Urologische Tumoren

- PET; PET/CT mit 18F-Fluorodesoxyglukose bei **Seminomen** nach Chemotherapie bei Residuen von > 3cm
- PET/CT mit 18F-PSMA nach **alleiniger Bestrahlung** eines lokalisierten Prostatakarzinoms und biochemischem Rezidiv (2 Messungen PSA-Wert >2,0 ng/ml über Nadir im Abstand von mindestens 4 Wochen)

## NUKLEARMEDIZIN

---

### ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

---

- PET/CT mit 18F-PSMA mit fehlendem Abfall des PSA-Wertes unter 0,2 ng/ml innerhalb von 3 Monaten **nach radikaler Prostatektomie** (2 Messungen im Abstand von mindestens 4 Wochen) eines lokalisierten Prostatakarzinoms
- PET/CT mit 18F-PSMA zur Ausbreitungsdiagnostik vor kurativ intendierter Therapie des high-risk-Prostatakarzinom (Gleason-Score 8-10 und/oder cT3/cT4 und/oder iPSA >20 ng/ml) **Tumorboardbeschluss** zur PSMA-PET muss in diesem **zwingend** vorliegen

### Hauttumore

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei **malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom** der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, **metastasenverdächtige Lymphknoten** nachgewiesen wurden und/oder - **zum Ausschluss weiterer Metastasen**, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen RO-resektabel erscheinen
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patienten mit **Xeroderma pigmentosum** und einem unter 1 „Konkretisierung der Erkrankungen“ genannten Hauttumor zur Detektion von weiteren Hauttumoren
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei **primär kutanen Lymphomen** bei unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (u.a. Sonographie, CT, MRT) zum Ausschluss eines systemischen Lymphoms mit Hautbefall

Für alle hier nicht aufgeführten Indikationen muss bei gesetzlich versicherten Patienten zuvor ein Kostenübernahmeantrag gestellt und genehmigt werden.

Unterschrift anfordernder Arzt + Praxisstempel