Anmeldung PSMA-Therapie

Wir bitten um Anmeldung immer per Fax: 03641 9 329802; Tel.: 03641 9 329801

Patientenetikett	**Klinik/Praxis:** **Station:** **Telefon anford. Arzt:** **Telefon Patient:**

Kurzanamnese (Erstdiagnose, Gleason-Score, bekannte Mts, bisherige Therapien (Art, Zeitpunkt, Dauer))

Aktuelles PSA:_____ng/ml Präoperatives PSA:_____ng/ml Nadir PSA:_____ng/ml

Nebendiagnosen (z.B. Herz-/ Niereninsuffizienz)

Bildgebung der letzten 12 Monate (CT, MRT, ^{68}Ga-PSMA PET/CT, FDG PET/CT, Skelett-Szintigraphie)

Aktuelle Medikation Hormontherapie: ☐ nein ☐ ja Chemotherapie ☐ nein ☐ ja

Weitere:

Allgemeines Befinden: [ ] Guter AZ Karnofsky-Index: ……%

[ ] Beschwerden: ……..

Gewicht _____kg

Inkontinenz ☐ keine ☐ Vorlagen ☐ Dauerkatheter

Schmerzen ☐ keine ☐ gelegentlich Analgetika ☐ dauerhaft Analgetika ☐ nicht beherrschbar

aktuelle Laborwerte: Ery:____Tpt/l Hb:_____ mmol/l Tz: _____Gpt/l

Leuko:_____ Gpt/l Krea:_____ µmol/l

Wir bitten um die Zusendung der aktuellen Befunde (Bildgebung, Labor, Arztbrief) per Fax (03641 9 329806) u. ggf. des Bildmaterials (falls extern erfolgt) per Post.

verantwortlich: Dr. med. T. Winkens

© Universitätsklinikum Jena – Klinik für Nuklearmedizin