

Formular, intern:

**Anmeldung zur Schmerztherapie von Skelett-  
Metastasen mit <sup>153</sup>Samarium - EDTMP**

01.07.2021

Seite 1 von 1

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

 Anmeldeformulare und Aufklärungsbögen unter: [www.nuklearmedizin.uniklinik-jena.de](http://www.nuklearmedizin.uniklinik-jena.de)

Patientenetikett
------------------

Klinik: Station:  Telefon:
-------------------------------------

Diagnose / Anamnese:

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

- Vorausgegangene Schmerztherapie mit Radionuklidten?  ja  nein  
 Wenn ja, in wann und in welcher Einrichtung? \_\_\_\_\_
- Hat die Patientin / der Patient zur Zeit Schmerzen?  ja  nein
- Nimmt der/die Pat täglich Schmerzmedikamente ein?  ja  nein  
 Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
- Liegt eine Harn- oder Stuhlinkontinenz vor?  ja  nein
- Liegt ein aktuelles Blutbild vor (Bitte Kopie beifügen)?  ja  nein
- Vorausgegangene oder geplante Therapien:
  - Strahlentherapie / Chemotherapie mit Ende < 4 Wo. vor oder Beginn < 12 Wo. nach Radionuklidtherapie  ja  nein
  - Bisphosphonattherapie < 48 Stunden vor Radionuklidtherapie  ja  nein
- Welche bildgebende Voruntersuchung wurde durchgeführt?  
 Schriftlichen Befund, ggf. Bilddaten (CD) als Anlage beifügen.
  - Skelettszintigraphie (< 4 Wochen)  ja  nein  
 (Wenn nicht, dann gleichzeitig bitte Anmeldung zur Skelettszintigraphie!)
  - MRT / CT mit KM (< 3 Monate)  ja  nein
- Hinweis auf drohende Rückenmarks-Kompression oder pathologische Fraktur?  ja  nein
- Niereninsuffizienz (Werte bitte möglichst vorlegen!)
  - GFR < 30 ml/min?  ja  nein
  - Krea > 150 µmol/l?  ja  nein
- Leberinsuffizienz?  ja  nein
- Infektion (Hepatitis / AIDS o.a.)  ja  nein
- Koagulopathie (DIC)?  ja  nein
- Aktuell Stillperiode / mögliche Schwangerschaft?  ja  nein

Datum

 Unterschrift anfordernder Arzt / Stempel  
 Telef. Erreichbarkeit:

**Wird vom fachkundigen Arzt in der Nuklearmedizin ausgefüllt:**

- Rechtfertigende Indikation § 119 und 120 StrSchV gestellt
    - Noch ausstehende Maßnahmen:  ja  nein
- Welche:

Datum

Unterschrift fachkundiger Arzt