

Formblatt

Anmeldeformular zur Anmeldeformular zur 177Lu-PSMA Radioligandentherapie

Klinikum rechts der Isar, Klinik für Nuklearmedizin, Prof. Dr. Wolfgang Weber Sektion Theranostik, Prof. Dr. Matthias Eiber

Tel.: 089/4140-2945 FAX:089/4140-4896 theranostik.nm@mri.tum.de

Name:	<input type="text"/>	Telefonnummer :	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	E-Mailadresse:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Krankenkasse:	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> gesetzlich

Diagnose und Krankheitsgeschichte

kastrationsresistentes metastasiertes Prostatakarzinom (mCRPC)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
vorherige erweiterte Hormontherapie (mind. eine Substanz vor LuPSMA RLT nötig)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Abirateron	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Enzalutamid / Darolutamid / Apalutamid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
vorherige Taxan-basierte Chemotherapie (mind. eine Substanz vor LuPSMA RLT nötig)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Docetaxel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Cabazitaxel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
sofern keine Chemotherapie möglich, bitte Angabe von Gründen :		
<input type="text"/>		
vorherige andere systemische mCRPC Therapien, wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>		

PSMA PET/CT bereits durchgeführt

	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
wenn nein: Soll das PSMA PET/CT am rechts der Isar geplant werden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Allgemeinzustand	<input type="checkbox"/> ECOG 0	<input type="checkbox"/> ECOG 1	<input type="checkbox"/> ECOG 2

Laborwerte

Kreatinin < 1.8 mg/d bzw. eGFR >30 ml/min	Leukozyten > 2.5 x 10 ⁹ /l
Hämoglobin > 8 g/dl	Thrombozyten > 80 x 10 ⁹ /l

Aktuelle Supportivtherapie:

Osteoprotektion, wenn ja bitte Substanz angeben:

Schmerzmedikation, wenn ja bitte Substanz/en angeben:

Wenn möglich, bitte aktuellen urologischen / uro-onkologischen Arztbrief beilegen !

Telefonnummer(Zuweiser):	<input type="text"/>	Praxisstempel:
Faxnummer (Zuweiser):	<input type="text"/>	

Informationen zur LuPSMA Radioligandentherapie, das Anmeldeformular mit digitaler Ausfüllmöglichkeit und einen Flyer für Patienten finden Sie unter: <https://nuklearmedizin.mri.tum.de/>