

## Anmeldung Radio-Rezeptor-Therapie (PRRT)

Name Patient: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Telefon Patient: \_\_\_\_\_ Anschrift: \_\_\_\_\_

Name des Anmeldenden Arztes/Ärztin: \_\_\_\_\_

Telefon des Anmeldenden: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Diagnose und Fragestellung :

---

---

---

---

Für die Indikationsstellung benötigen wir folgende Unterlagen des Patienten:

- Vollständig ausgefüllter Fragebogen (siehe Anhang)
- Letzte Bildgebung (PET/CT, CT, MRT usw.) - Befund und CD

Sollte keine aktuelle bildgebende Diagnostik vorliegen, kann dies selbstverständlich in unserer Klinik bzw. in unserem MVZ Bad Berka Fachbereich Nuklearmedizin oder Fachbereich Radiologie erfolgen. In diesem Fall bitten wir um kurze Rückmeldung.

## 1. Allgemeine Informationen

Name des Patienten:

Geburtsdatum:

Adresse:

Allgemeinarzt/Allgemeinärztin (Name/Adresse)

Onkologe/Onkologin (Name/Adresse)

### Ga-68-PET/CT bereits erfolgt?

nein

ja \_\_\_\_\_ (Wann?) \_\_\_\_\_ (Wo?)

## 2. Diagnose und Krankengeschichte

### Art des neuroendokrinen Tumors:

Zeitpunkt der Erstdiagnose:

Primärtumor:

Histopathologie:

Proliferationsrate:

*Ki-67 index*

Immunohistochemie:

*Expression von Chromogranin A, Synaptophysin*

## Krankengeschichte /Zusammenfassung der bereits erfolgten Therapien

*(Bitte chronologisch auflisten!)*

Operationen  nein  ja Was? Wann? \_\_\_\_\_

Biotherapie (Octreotid, Interferon etc.)  nein  ja von/bis \_\_\_\_\_

Zielgerichtete mol. Therapie (Everolimus, Kinase-Inhibitoren)  nein  ja von/bis \_\_\_\_\_

Chemotherapie  nein  ja von/bis \_\_\_\_\_

Regionale Therapien (e.g. RFA, TACE, SIRT)  nein  ja von/bis \_\_\_\_\_

### 3. Begleiterkrankungen

Nierenerkrankungen  nein  ja

Diabetes  nein  ja Erstdiagnose \_\_\_\_\_

oral Antidiabetika  nein  ja Insulin  nein  ja

Bluthochdruck  nein  ja Erstdiagnose \_\_\_\_\_

Biophosphonat-Therapie  nein  ja

### 4. Medikation *Bitte listen Sie Ihre Medikamente auf!*

### Somatostatin Analoga

Octreotid (z.B. Sandostatin)  nein  ja

Lanreotid (z.B. Somatuline)  nein  ja

andere: \_\_\_\_\_

Dosis mg \_\_\_\_\_ Dosierungsintervall (in Wochen) \_\_\_\_\_

letzte Injektion \_\_\_\_\_

subkutane Injektionen \_\_\_\_\_ µg/Tag, letzte am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ Uhr

### 5. Klinische Symptome

**Größe** \_\_\_\_\_ cm **Gewicht** \_\_\_\_\_ kg

Gewichtsverlust (\_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten)

Gewichtszunahme (\_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten)

konstant

**Flush**  kein Flush  <1x/Woche  1-5x/Woche

> 1-5x/Tag  > 5 x/Tag, permanent

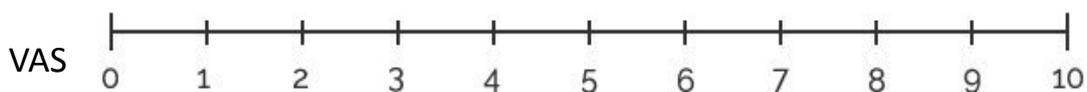
**Diarrhea**  Stuhlgang normal  3-5x/Tag  5-10x/Tag

**Dyspnoe**  nein  ja **Belastungsdyspnoe**  nein  ja

**Ödeme**  nein  ja (prätibial)

**Schmerzen**  nein  ja

Lokalisation \_\_\_\_\_



0 = keine Schmerzen , 10 = stärkste Schmerzen

6. Karnofsky-Index \_\_\_\_\_ %

- |   |   |
|---|---|
| 100 % normal, keinerlei Beschwerden oder Krankheitszeichen    | 90 % geringfügige Symptome, normale Lebensführung möglich |
| 80 % Symptome, die normales Leben mit Anstrengung zulassen    | 70 % Selbstversorgung noch möglich                        |
| 60 % Selbstversorgung mit gelegentlicher Hilfe noch möglich   | 50 % auf häufige Hilfe angewiesen                         |
| 40 % behindert und pflegebedürftig, noch nicht hospitalisiert | 30 % schwer behindert, hospitalisiert                     |
| 20 % schwer krank, stationäre Behandlung                      |   |

7. **Laborwerte** vom \_\_\_\_\_ (auch als beigefügter Ausdruck möglich)

Blutwerte Hb \_\_\_\_\_ Erythrozyten \_\_\_\_\_ Leukozyten \_\_\_\_\_ Thrombozyten \_\_\_\_\_

TSH \_\_\_\_\_ fT3 \_\_\_\_\_ fT4 \_\_\_\_\_

Nierenwerte Kreatinin \_\_\_\_\_ GFR \_\_\_\_\_

Leberenzyme ALAT \_\_\_\_\_ ASAT \_\_\_\_\_ GGT \_\_\_\_\_

Leberfunktionsparameter Albumin \_\_\_\_\_ (g/l) INR/PT \_\_\_\_\_ Bilirubin \_\_\_\_\_

8. **Tumormarker**

Chromogranin A \_\_\_\_\_ µg/l (normal \_\_\_\_\_) vom \_\_\_\_\_

Serotonin \_\_\_\_\_ µg/l (NB \_\_\_\_\_) vom \_\_\_\_\_