

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-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

- Entscheidung über die **Bestrahlung** von mittels CT dargestellten **Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms** mit einem Durchmesser von **> 2,5 cm nach Chemotherapie**.
- Initiales Staging bei **Hodgkin-Lymphomen**.
- Initiales Staging bei **aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen**
- Entscheidung über die notwendige Anzahl von Chemotherapiezyklen bei **Hodgkin-Lymphomen** im fortgeschrittenen Stadium nach **zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie**.

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-PET/CT

Kopf-Hals-Tumoren

- 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 i.R.d. ASV

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.

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-PET/CT

Urologische Tumoren

- PET; PET/CT mit 18F-Fluordesoxyglukose bei **Seminomen** nach Chemotherapie bei Residuen von > 3cm

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

Unterschrift anfordernder Arzt + Praxisstempel

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-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

sonstige Erkrankungen:

Schwangerschaft: Ja Nein

Allergien:

Diabetes: Ja Nein Nüchtern-BZ: _____ mg/dl

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

Fürs AZL-Team:

Endgültiger Termin: _____

Pat. 1 Tag vorher anrufen, Termin nochmal abgleichen!

Patient angerufen am: _____ von _____