

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

Die unten aufgeführten Voraussetzungen müssen erfüllt sein, da sonst keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt

Bitte die entsprechende **Fragestellung ankreuzen**, den **Erfassungsbogen am Ende ausfüllen** und per **(Fax 0871/ 698 30 49)** an uns **schicken!**

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

- Initiales Staging bei **Hodgkin-Lymphomen/agressivem Non-Hodgkin-Lymphomen**
- Interims-Staging bei **Hodgkin-Lymphomen/agressivem Non-Hodgkin-Lymphomen**
- Begründeter V.a. Rezidiv eines **Hodgkin-Lymphoms**
- Verdacht auf **Transformation aus einem follikulären Lymphom** bei unklaren Ergebnissen der bildgebenden Standarddiagnostik bezüglich der bevorzugt zu biopsierenden Läsion.

Ausgenommen hiervon ist der Einsatz der PET in der Routine-Nachsorge von Patientinnen und Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv

- Malignes Lymphom bei Kindern und Jugendlichen**

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)**.

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

Die unten aufgeführten Voraussetzungen müssen erfüllt sein, da sonst keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt

- 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 & PSMA-PET/CT Achtung: nur für Patienten, die in einem ASV-Team eingeschrieben sind!

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.

Urologische Tumoren

- PET; PET/CT mit 18F-Fluorodesoxyglukose bei **Seminomen** nach Chemotherapie bei Residuen von > 3cm
- PET/CT mit 18F-**PSMA** nach **alleiniger Bestrahlung** eines lokalisierten Prostatakarzinoms und biochemischem Rezidiv (2 Messungen PSA-Wert >2,0 ng/ml über Nadir im Abstand von min. 4 Wochen)
- PET/CT mit 18F-**PSMA** mit fehlendem Abfall des PSA-Wertes unter 0,2 ng/ml innerhalb von 3 Monaten **nach radikaler Prostatektomie** (2 Messungen Abstand mindestens 4 Wochen) eines lokalisierten Prostatakarzinoms
- PET/CT mit 18F-**PSMA** mit Anstieg des PSA-Wertes auf mehr als 0,2 ng/ml nach **radikaler Prostatektomie** (2 Messungen Abstand mindestens 4 Wochen) eines lokalisierten Prostatakarzinoms
- PET/CT mit 18F-**PSMA** zur Ausbreitungsdiagnostik vor kurativ intendierter Therapie des high-risk-Prostatakarzinom (Gleason-Score 8-10 und/oder CT3/CT4 und/oder iPSA >20 ng/ml)

Tumorboardbeschluss zur PSMA-PET muss **zwingend** vorliegen

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

Die unten aufgeführten Voraussetzungen müssen erfüllt sein, da sonst keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt

Rheuma

- PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patienten mit Verdacht auf **Großgefäßvaskulitiden** bei unklarer Befundkonstellation (z.B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel, einer therapeutischen Konsequenz

PET/CT & PSMA-PET/CT **Achtung: nur für Patienten, die in einem ASV-Team eingeschrieben sind!**

Hauttumore

- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei **malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom** der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie - wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist, und/oder - wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, **metastasenverdächtige Lymphknoten** nachgewiesen wurden und/oder - **zum Ausschluss weiterer Metastasen**, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patienten mit **Xeroderma pigmentosum** und einem unter 1 „Konkretisierung der Erkrankungen“ genannten Hauttumor zur Detektion von weiteren Hauttumoren
- PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei **primär kutanen Lymphomen** bei unklarem Befund nach konventioneller Diagnostik (u.a. Sonographie, CT, MRT) zum Ausschluss eines systemischen Lymphoms mit Hautbefall

Anforderung sonstiger Indikationen:

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

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

Die unten aufgeführten Voraussetzungen müssen erfüllt sein, da sonst keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt

Anforderungsdatum: _____	Name des anfordernden Arztes: _____
Patientendaten:	Name/Vorname: _____ Geb.: _____
	Anschrift: _____
	Telefonnummer des Patienten: _____
	Hausarzt: _____
	Krankenkasse & 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: _____

Tumorboardbeschluss: Ja Nein Datum: _____

sonstige Erkrankungen:

Allergien:

Schwangerschaft: Ja Nein

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

PSA: 1. Wert _____ Datum _____ 2. Wert _____ Datum _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

Patient geschäftsfähig? Ja Nein
 sitzend bettlägerig gehfähig

Vom AZL Team auszufüllen:

Indikationsprüfung

Dr. Scher

Dr. Schmidbauer

Terminwunsch (falls möglich): _____

Telefonnummer für Rückfragen/Terminbestätigung: _____

Datum / Unterschrift

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!

AZL-Team:

Endgültiger Termin:

Anmerkungen:

Pat. 1 Tag vorher anrufen,
Termin nochmal abgleichen!
Patient anrufen

NUKLEARMEDIZIN

ANFORDERUNG FDG-PET/CT und PSMA-PET/CT

Die unten aufgeführten Voraussetzungen müssen erfüllt sein, da sonst keine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfolgt
