

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 **alle Seiten per Fax (0871/ 698 13750) an uns zurück!**

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**

Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Anfordernder Arzt: _____

NUKLEARMEDIZIN

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

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

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 & 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 Lokalthherapie (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-Fluordesoxyglukose 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)

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anfordernder Arzt: _____

NUKLEARMEDIZIN

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

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

- 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

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.

Patientendaten

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Anfordernder Arzt: _____

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

Unterschrift anfordernder Arzt + Praxisstempel