

An:  
Radiologie München  
Max-Lebsche-Platz 30  
81377 München  
Tel: 089 / 212196 - 535  
**FAX: 089 / 212196-549**

**Anmeldebogen zur F18 PSMA PET/CT Untersuchung**  
**Blatt 1 von 2**

**Überweiser(in):**

Praxisstempel /  
Anschrift:

Direkte  
Rückrufnummer Arzt:

Datum:

Gewünschtes  
Untersuchungsdatum:

baldmöglichst

Wunschdatum

Diagnose:

Anamnese &  
Anmerkungen:

**Patient(in):**

Nachname:

Geschlecht:

M  W

Vorname:

Krankenversicherung:

Gesetzlich  Privat

Selbstzahler  Studie

Geburtsdatum:

Telefonnummer  
des Patienten:

Straße:

PLZ und Ort:

Land:

Diabetiker:

Ja  Nein

Kontrastmittelallergie:

Ja  Nein

TSH (<6 Wo):

Kreatinin (<6 Wo):

## Anmeldebogen zur PET/CT Untersuchung Blatt 2 von 2: F18-PSMA PET/CT beim Prostata Karzinom

Datum  
Erstdiagnose:

Voruntersuchungen?  NEIN  
 PET/CT  
 CT  
 MRT

Bekanntes  
TNM Stadium

Datum VU:

---

### Fragestellung:

Diagnosesicherung bei Verdacht       Staging       Restaging

PSA:       Histologisch gesichert?  JA  NEIN      Gleason Score:

Antihormonelle Therapie?  JA  NEIN      Kastrationsresistent?  JA  NEIN

OP       JA  NEIN      Wann?       Was wurde operiert?

Chemotherapie  JA  NEIN  
Strahlentherapie  JA  NEIN  
V. a. Rezidiv  JA  NEIN  
Metastasen?  JA  NEIN

Wo?

---

**CAVE: FÜR DIE PSMA PET/CT MÜSSEN DIE PATIENTEN NICHT NÜCHTERN SEIN!**

DIE PSMA PET/CT IST KEINE LEISTUNG DER GESETZLICHEN KRANKENKASSE.  
FÜR GESETZLICH VERSICHERTE PATIENTEN BIETEN WIR DIE MÖGLICHKEIT DER „IGEL-LEISTUNG“ AN,  
ODER ABER WIR STELLEN ZUSAMMEN MIT DEM ÜBERWEISER EINEN INDIVIDUELLEN ANTRAG AUF  
KOSTENÜBERNAHME BEI DER GKV.

---