

Terminanmeldung zum PSMA PET-CT beim Prostata Karzinom

Senden Sie die Anmeldung per Fax: 089/896 000 -19 oder E-Mail: anfrage@rz.m.de/

Telefon: 089/ 896 000 -33

Überweiser/in:

Praxisstempel/ Anschrift:
Diagnose:
Anamnese/ klinische Angaben/ Fragestellung: <input type="checkbox"/> Diagnosesicherung bei Verdacht <input type="checkbox"/> Staging <input type="checkbox"/> Restaging
Rückrufnummer Überweiser/in:

Patient:

Vorname/ Name:
Geburtsdatum:
Telefonnummer:
Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Selbstzahler

Datum Erstdiagnose

V. a. Rezidiv Nein Ja

Chemotherapie Nein Ja, wann: _____

Strahlentherapie Nein Ja, wann: _____

Metastasen: Nein Ja, wo: _____

Operation Nein Ja, wann: _____

Was wurde operiert? _____

Kastrationsresistenz? Nein Ja

Antihormonelle
Therapie? Nein Ja

Diabetes mellitus Nein / Ja

Kontrastmittelallergie Nein / Ja

Bekanntes TNM Stadium

PSA _____ ng/ml

Histologisch gesichert? Nein Ja

Gleason Score _____

Voruntersuchungen:

MRT am: _____

CT am: _____

PET-CT am: _____

TSH _____ mg/dl

Kreatinin _____ µU/ml

Da die PSMA PET-CT Untersuchung nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen wird, kann sie für GKV-Versicherte nur als Selbstzahlerleistung angeboten werden. Gerne unterstützen wir Sie beim individuellen Antrag auf Kostenübernahme bei der GKV.