

## Anmeldung PSMA PET/CT - Untersuchung

(Positronen-Emissions-Tomographie)

### PET Diagnostik Bern AG

c/o Universitätsklinik für Nuklearmedizin  
Inselspital Bern, 3010 Bern  
Telefon 031 632 24 24 /  
Fax 031 632 17 54  
www.petdiagnostik.ch

### Zuweisender Arzt

Anschrift (Name, Klinik, Adresse): \_\_\_\_\_

Telefon (Sucher) / Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

### Angaben Patientin / Patient

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnr: \_\_\_\_\_

Bitte anbieten:      schnellstmöglich                      ambulant              stationär - wo? \_\_\_\_\_

Datum / Zeitraum: \_\_\_\_\_

Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

### Klinische Angaben / Fragestellung / bisherige Therapien:

1. Wie ist das Prostata-Ca bisher behandelt worden? (Bitte mit Datumsangabe und TNM-Stadium – alternativ einen aktuellen Arztbrief beilegen)

2. Wie ist der Gleason-Score? \_\_\_\_\_

3. Wie hoch ist der aktuelle PSA-Wert (Bitte mit Datum)? \_\_\_\_\_

4. Hat der Patient in den letzten 6 Monaten eine antihormonelle Therapie erhalten?      Ja      Nein

a. Wie heisst die antihormonelle Therapie? \_\_\_\_\_

b. Seit wann / bis wann / in welchem Zeitraum lief die antihormonelle Therapie?  
\_\_\_\_\_

5. Wurde eine Chemotherapie oder XOFIGO-Therapie durchgeführt? \_\_\_\_\_

6. Bitte tragen Sie die letzten 3 PSA-Werte mit Datum ein, alternativ die PSA-Verdopplungszeit, oder legen Sie bitte einen Laborausdruck mit dem PSA-Verlauf bei:  
\_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      CT: i.v. Kontrastmittel      Ja      Kontrastmittelallergie?      Ja      Nein

Aktuelle Medikation: \_\_\_\_\_

Patienten-CD dem Patienten mitgeben

PACS / H-NET- Versand

Besprechungstermin am: \_\_\_\_\_

Zusätzliche Befundkopie(n) an: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Bei Verhinderung bitte 48h vor der Untersuchung telefonisch abmelden. Erscheint der Patient nicht, so muss das Radiopharmakon verrechnet werden.**

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_