



**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, petdiagnostik@insel.ch

**Pflichtfelder**

Zuweisung per E-Mail senden - bitte hier klicken:

**Zuweisung senden**

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

**Zuweisender Arzt**

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

Telefon / Sucher: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

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

**Angaben Patientin / Patient**

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Strasse, Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

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

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  ambulant  stationär – wo? \_\_\_\_\_

Bitte anbieten:  sobald als möglich

Datum / Zeitraum:

Termin nach telefonischer Vereinbarung geplant am:

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

- Wie ist das Prostata-Ca bisher behandelt worden (bitte mit Datumsangaben)
- Wie ist der Gleason-Score?
- Wie hoch ist der aktuelle PSA-Wert (nicht älter als 4 Wochen)? Von wann ist dieser?
- Steht der Pat. aktuell unter einer antihormonellen Therapie?  nein  ja
  - Falls ja, wie heisst das antihormonelle Präparat?
  - Seit wann läuft die antihormonelle Therapie?
  - Wurde die antihormonelle Therapie in letzter Zeit pausiert?  nein  ja
  - Falls ja, seit wann pausiert?
- Bitte tragen Sie hier die letzten 3 PSA-Werte aus der Vergangenheit mit Datum ein:
 

--	--	--
- Wie ist aktuell die PSA-Verdoppelungszeit?

PET-Bilder / Patienten-CD dem Patienten mitgeben

Befund faxen an \_\_\_\_\_ Besprechungstermin am: \_\_\_\_\_

**Bei Verhinderung bitte 48h vor der Untersuchung telefonisch abmelden, ansonsten müssen wir das Radiopharmakon dem Patienten in Rechnung stellen. Der Patient muss zur PSMA-PET/CT nicht nüchtern erscheinen.**

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

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



\* **Aktuell ist die PSMA PET/CT zur Abklärung beim biochemisch nachgewiesenem Rezidiv (PSA-Anstieg) des Prostatakarzinoms eine in Evaluation registerpflichtige Leistung, die vorerst vergütet wird.**

Das von SwissEthics bewilligte Register erfasst mittels untenstehenden Angaben den Wissensstand vor der PET-Untersuchung. Sie werden als Zuweiser ca. 4 Wochen nach der PET/CT kontaktiert und aufgefordert, den Informationsgewinn durch die PET/CT und den Einfluss der PET/CT auf das Patientenmanagement zu dokumentieren. Um die Kostendeckung der Untersuchung gemäss Krankenpflege-Leistungsverordnung zu gewährleisten, sind Ihre Mitarbeit und Angaben notwendig.

**Patient**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Der Patient ist bereit sich in das SEPR Register aufnehmen zu lassen?

Ja  Nein

Wurde das Karzinom initial histologisch bestätigt?

Ja  Nein

Initialer PSA- Wert: \_\_\_\_\_ PSA-Nadir: \_\_\_\_\_

Initiales TNM- Stadium: \_\_\_\_\_

**Ihre Arbeitshypothese vor der PET/CT Untersuchung ist:**

- In kompletter Remission lokalisierte Erkrankung
- Regionale Problematik durch organüberschreitendes Wachstum oder eine lokoregionäre Lymphknotenmetastase oder beides.
- Metastatisch mit lediglich einem verdächtigen Ort metastatisch mit multiplen verdächtigen Orten

**Was wäre die geplante Vorgehensweise ohne PET/CT?**

- Konservatives Vorgehen mit engmaschigen Kontrollen
- Zusätzliche / andere Bildgebung (CT, MRI) oder andere nicht invasive diagnostische Abklärungen Gewebebiopsie
- Therapie

**Im Falle einer Therapie wäre das Behandlungsziel?**

- Kurativ
- Palliativ

**Im Falle einer Therapie wäre die Behandlungsart?**

- Chirurgisch
- Hormontherapie
- Chemotherapie
- Bisphosphonate
- Externe Radiotherapie
- Radionuklidtherapie (z.B. Alpharadin/Xofigo, Samarium-153)
- Immunotherapie (z.B. Sipuleucel T)
- Anderes