

Sehr geehrte Zuweiserin, sehr geehrter Zuweiser,

Wir bedanken uns für Ihre Anfrage zur Therapie mit Lutetium-177-PSMA.

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an:

nuklearmedizin@klinikum-westfalen.de

oder per FAX 0231-922-1653

oder per Post: Klinik für Nuklearmedizin, Am Knappschaftskrankenhaus 1, 44309 Dortmund

Nach Eingang der Dokumente/Dateien, melden wir uns zeitnah zur weiteren Planung.

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon / Mobil: _____

Adresse:

Krankenversicherung: Knappschaft-Bahn-See gesetzlich privat

Bitte senden Sie uns zusätzlich die nachfolgend aufgelisteten Befunde:

- Schriftlicher Befund und CD der letzten Ganzkörper Bildgebung (CT, MRT, Szintigraphie, oder PET)
- Aktueller Arztbrief mit Information über die Therapielinien
- Laborwerte inkl. PSA Verlauf (mindestens 3 Werte mit Datum)
- Ggf. Facharzt-Dokumentation einer Kontraindikation gegen Cabazitaxel
- BRCA-Testung

Es besteht ein objektiver Krankheitsprogress unter der aktuell laufenden Therapie mit _____ anhand der letzten Bildgebung vom _____

Ja (Bitte ankreuzen: CT, MRT, Skelettsz., PET) Nein

Der BRCA1/2 Status ist: Positiv Negativ Unbekannt

Die Cabazitaxel Therapie ist

Bereits ausgeschöpft, oder

Nicht möglich, denn es besteht eine

Polyneuropathie

höhergradige kardiovaskuläre Erkrankung

eingeschränkter Allgemeinzustand (ECOG2)

Allergie/Unverträglichkeit

höhergradige Leukopenie/Thrombopenie

weitere objektive Kontraindikation _____

Name, Anschrift der zuweisenden ärztlichen Fachpraxis:

Telefonnummer für Rückfragen: _____