

**PET/CT**

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin  
Haydnstraße 36  
53115 Bonn  
Tel: 0228 50202-0  
Fax: 0228 50202-199  
[petct@praxisnetz-bonn.de](mailto:petct@praxisnetz-bonn.de)



**Anmeldeformular PET/CT**

Deckblatt

**Patientendaten:**

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

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer des Patienten: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung:  Privat \_\_\_\_\_  Gesetzlich \_\_\_\_\_  Selbstzahler

Gewünschtes Untersuchungsdatum:  zeitnah  Wunschzeitraum: \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Anamnese & Nebendiagnosen:**

**Bisherige Therapie / Staging:**

**Tumormarker:** welcher? \_\_\_\_\_  normal  angestiegen  gefallen

**B-Symptomatik:**  Nachtschweiß  Gewichtsverlust > 10%  Fieber  \_\_\_\_\_

**Diabetiker:**  ja  nein

**Kontrastmittelallergie:**  ja  nein

**TSH (< 6 Wochen):** \_\_\_\_\_

**Kreatinin (< 6 Wochen):** \_\_\_\_\_

**Überweiser/in:**

Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer: \_\_\_\_\_

Name des Arztes: \_\_\_\_\_

Organbereich **Kopf und Hals**

Indikationen, welche von den gesetzlichen Krankenkassen regelhaft übernommen werden, sind unterstrichen. KV Abrechnungsvoraussetzungen sind kurz erläutert.

**Patient:** \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Datum der Erstdiagnose: \_\_\_\_\_ Vor OP?  ja  nein

TNM Stadium: \_\_\_\_\_

Voruntersuchungen?  ja welche?  CT  MRT  PET/CT  
 nein

**Kopf-Hals-Tumor**  **Raumforderung im Kopf-Hals bei unbekanntem Primarius**

Chemotherapie bisher?  ja  nein Zyklenzahl: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Neck Dissection geplant?  ja  nein

Op bisher?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Bestrahlung erfolgt?  ja  nein

V. a. Rezidiv?  ja  nein wo? \_\_\_\_\_

*KV Abrechnungsvoraussetzung: Entscheidung über Durchführung einer Neck Dissection bei Pat. mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren **oder** mit gesicherter Metastase im Kopf-Hals-bereich bei unklarem Primarius (CUP)*

**Larynx Ca (Kehlkopftumor):**

Chemotherapie bisher?  ja  nein Zyklenzahl: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Laryngoskopische Biopsie geplant?  ja  nein

Op bisher?  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

Bestrahlung erfolgt?  ja  nein

V. a. Rezidiv?  ja  nein wo? \_\_\_\_\_

*KV Abrechnungsvoraussetzung: Entscheidung über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluß der kurativen Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv vorliegt.*

**Schilddrüsen Ca:**

papillär  follikulär

Darf **Kontrastmittel** gegeben werden?  ja  nein

OP bisher?  ja  nein Radiojodtherapie?  ja  nein letzte RJT? \_\_\_\_\_

TG Anstieg  ja  nein V. a. Entdifferenzierung?  ja  nein

## Ergänzung zum PET/CT Anmeldebogen

### Qualitätssicherung PET/CT KV-Indikationen nach § 135 Abs. 2 SGB V (Betrifft die Gebiete Lunge, Lymphome und Kopf-Hals-Tumore)

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

- Indikation gegeben:  **ja**  **nein**  kurativ  palliativ  
 welche \_\_\_\_\_ Begründung \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  - Abweichende Meinungen dazu?  **ja**  **nein**  
 welche \_\_\_\_\_
  - Indikations-Datum: \_\_\_\_\_
  - Befund-Datum: \_\_\_\_\_
  - Nachbesprechungs-Datum in Kenntnis der erhaltenen Befunde aus der PET/CT und weiterer Diagnostik: \_\_\_\_\_
  - Vorbefunde vorhanden:  **ja**  **nein**  
 welche \_\_\_\_\_
  - Therapeutische Konsequenzen/Therapieplanung der PET/CT:  **ja**  **nein**  
 welche \_\_\_\_\_
  - Rezidivverdacht bestätigt nach PET/CT  **ja**  **nein**  
 welche \_\_\_\_\_
  - Tumorstadium vor PET/CT \_\_\_\_\_ und nach PET/CT \_\_\_\_\_
  - Op/Intervention nach PET/CT  **ja**  **nein**  
 welche \_\_\_\_\_
  - Ggf. Neck Dissection oder Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie  **ja**  **nein**  
 welche \_\_\_\_\_
  - Therapieänderung/Planung nach PET/CT  **ja**  **nein**  
 welche \_\_\_\_\_
  - Histologie/Zytologie vorhanden nach PET/CT  **ja**  **nein**  
 Welche \_\_\_\_\_
  - Folgebildgebung nach PET/CT  **ja**  **nein**  
 Welche \_\_\_\_\_
  - Mit PET/CT übereinstimmend?  **ja**  **nein**  
 welche \_\_\_\_\_
  - Ob ggf. auf der Grundlage der Befunde der PET bzw. PET/CT auf eine laryngoskopische Biopsie verzichtet wurde  **ja**  **nein**
  - Welche \_\_\_\_\_
  - Tumorkonferenzbeschluss/interdisziplinäre Zustimmung vorhanden?  **ja**  **nein**
- Datum: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

**Unterschriften des interdisziplinären Teams auf nachfolgender Seite!**

## Ergänzung zum PET/CT Anmeldebogen

### Unterschriften/Namen Ärzte

(interdisziplinäre Team der unmittelbaren Zusammenarbeit mit fachlichen Anforderungen)

---

PET bzw. PET/CT verantwortlicher Facharzt (Gebiet Lunge, Lymphom, Kopf-Hals/HNO)

---

oder Facharzt für Radiologie und Facharzt für Nuklearmedizin  
(Gebiet Lunge, Lymphom, Kopf-Hals/HNO)

---

Onkologisch verantwortliche Arzt oder Onkologe  
(Gebiet Lunge, Lymphom, Kopf-Hals/HNO)

---

Facharzt für Thoraxchirurgie  
(Gebiet Lunge)

---

Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie  
(Gebiet Lunge)

---

oder Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie  
(Gebiet Lunge, Lymphom, Kopf-Hals/HNO)

---

Facharzt für Strahlentherapie  
(Gebiet Lunge, Kopf-Hals/HNO)

---

Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einem Facharzt für Mund, Kiefer-Gesichtschirurgie  
(Gebiet Kopf-Hals/HNO)

---

Weiterer Ansprechpartner der Pathologie  
(Verfügbarkeit werktätlich gegeben)