

PET/CT

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin

Haydnstraße 36

53115 Bonn

Tel: 0228 50202-0

Fax: 0228 50202-199

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 _____ SelbstzahlerGewünschtes Untersuchungsdatum: zeitnah Wunschzeitraum: _____

Diagnose: _____

Anamnese & Nebendiagnosen:**Bisherige Therapie / Staging:**Tumormarker: welcher? _____ normal angestiegen gefallenB-Symptomatik: Nachtschweiß Gewichtsverlust > 10% Fieber _____Diabetiker: ja neinKontrastmittelallergie: ja nein

TSH (< 6 Wochen): _____

Kreatinin (< 6 Wochen): _____

Überweiser/in:

Anschrift / Stempel:

direkte Rückrufnummer: _____

Name des Arztes: _____

Organbereich Lunge

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

Unklarer Lungenrundherd:

Datum Diagnosestellung: _____

Befundlage: peripher zentral Befundgröße: _____ mm

Invasive Abklärung möglich: ja nein

OP Risiko des Patienten: erhöht normal

KV Abrechnungsvoraussetzung: Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten mit erhöhtem Risiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.

Nichtkleinzelliges Karzinom:

Bestimmung des Tumorstadiums

Detektion von Fernmetastasen

V. a. bzw. Nachweis von Rezidiven Besteht ein begründeter Verdacht? ja nein

KV Abrechnungsvoraussetzung: a) Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinome, einschl. der Detektion von Fernmetastasen b) Nachweis von Rezidiven (mit begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen

Kleinzelliges Karzinom:

Bestimmung des Tumorstadiums kurativer Ansatz? möglich nicht möglich

Detektion von Fernmetastasen kurativer Ansatz? möglich nicht möglich

V. a. bzw. Nachweis von Rezidiven Besteht ein begründeter Verdacht? ja nein
Wurde Pat. primär kurativ behandelt? ja nein
PET/CT zur Diagnosesicherung ja nein

KV Abrechnungsvoraussetzung: a) Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschl. der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass ein kurativer Ansatz nicht möglich erscheint b) Nachweis eines Rezidiv (mit begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn Pat. kurativ behandelt wurde und andere bildgebende Verfahren ein Rezidiv nicht sichern oder ausschließen kann.

andere Lungenerkrankungen:

Welche? _____

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)

_____ und Facharzt für Nuklearmedizin
oder Facharzt für Radiologie
(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 werktäglich gegeben)