

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](mailto: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: \_\_\_\_\_