

### Anforderungsformular für eine PSMA-Therapie

Kontaktdaten Zuweiser:	
Patientenname, Vorname, Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefon: / Mobil:	
Krankenversicherung:	
ECOG (0-5):	
Harn- und/oder Stuhlinkontinenz:	
Mobilität:	
Arztbriefe (Krankengeschichte):	
Aktuelle Bildgebung (Bitte auf CD oder per xPipe senden!)	
Aktuelle Laborwerte: Leber (Bilirubin, GOT, GPT, GGT, LDH, Alb...), Großes BB, Ger., Krea, gesamt Eiweiß, PSA-Verlauf)	
Histologie:	
<b>BRCA</b> -Gen-Mutationsanalyse (ja/nein)	
MRT Fähigkeit des Patienten (ja/ nein)	
Bisheriger Therapieverlauf s. Anlage:	

Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Bitte achten Sie auf Vollständigkeit der Unterlagen. Das beinhaltet auch die Zusendung der Bilddaten elektronisch oder auf CD sowie die komplett ausgefüllte Seite 2. Dies ist besonders wichtig da es sonst zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen kommen kann.

Therapie:	von	bis	Therapieansprechen?	Verträglichkeit?
<b>Primärtherapie:</b>				
• Prostatektomie				
• Seed Implantation				
• Radiation				
<b>Hormonentzug:</b>				
• Orchiektomie				
• GnRH, LHRH Analogon				
• Bicalutamid				
<b>Antiandrogene Therapie:</b>				
• Enzalutamid (Xtandi®)				
• Abirateron • (Zytiga®)				
<b>Chemotherapie:</b>				
• Docetaxel (Taxotere®)				
• Cabazitaxel (Jevtana®)				
<b>Nuklearmedizinische Therapien:</b>				
• Radium 223 (Xofigo®)				
• PSMA Lutetium 177				