**Anmeldung im Zentrum für neuroendokrine Tumore des Universitätsklinikums Münster**

**Nuklearmedizinische Bildgebung und Therapien**

(bitte an Fax.-Nr. 0251-8340601)

Hiermit melde ich die untenstehende Patientin / den untenstehenden Patienten im Zentrum für neuroendokrine Tumore des Universitätsklinikums Münster (zertifiziert durch die European Neuroendocrine Tumor Society – ENETS) an mit der Frage nach Durchführung einer nuklearmedizinischen Bildgebung oder Therapie und Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz.

**Intendierte Maßnahme:**

🞏 PET-CT 🞏 Dotatate 🞏 FDG 🞏 F-DOPA

🞏 PET-MRT 🞏 Dotatate 🞏 FDG 🞏 F-DOPA

🞏 Radiorezeptortherapie (PRRT)

🞏 MIBG-Therapie

🞏 Sonstiges ­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Patientendaten**Name, Vorname des Patienten: |  |
| Geburtsdatum des Patienten: |  | Telefon des Patienten: |  |
| Adresse des Patienten: |  |  |  |
| Krankenversicherung: | 🞏 gesetzlich | bei: (Vers.+Ort) |  |
|  | 🞏 privat | bei: (Vers.+Ort) |  |
|  |
| Größe / Gewicht: |  |
| Grunderkrankung: |  |
| Konkrete Fragestellung: |  |

**Zuweiser-Kontaktdaten**

**Zusatzinformationen mit Relevanz für die jeweilige Maßnahme finden sich auf den nächsten Seiten.**

**PET-MRT – Zusatzinformationen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bisherige Therapie:** | **von** | **bis** |
| □ | Operation |  |  |  |  |
| □ | Chemotherapie |  |  |  |
| □ | Bestrahlung |  |  |  |
| □ | Antihormonelle Therapie |  |  |  |
| □ | Antibiotische Therapie |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |
|  |

**Vorerkrankungen, Sonstiges** |
| □ | Infektionen/Infekte: | ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| □ | Diabetes mellitus | □ | Niereninsuffizienz |
| □ | Rollstuhlfahrer / bettlägerig | □ | Klaustrophobie |
| □ | Tinnitus |  |  |
|  |  |  |  |
| □ | Shunt | □ | Gelenkprothesen |
| □ | Neurostimulator | □ | Insulinpumpe |
| □ | Herzschrittmacher / Defi / künstl. Herzklappe | □ | Gefäßclips |
| □ | Metallstifte / Fixateure | □ | Metallsplitter (metallverarb. Beruf) |
| □ | Eventrecorder | □ | Stents |
|  |
| Bei oben genannten Objekten werden Hersteller und Typ, Implantationsjahr und –ort, Lage und Größe des Objektes benötigt. Diese Informationen und den Implantatpass bitte im Vorfeld per Fax an 0251 – 83 40606, vorhandene Bildgebung des Objektes bitte im Vorfeld per CD oder xPipe übersenden. |
|  |
| **Aktuelles Labor** | **Datum** | **Wert** | **Referenzbereich** |
| **GFR** |  |  |  |  |  |
| **Kreatinin** |  |  |  |  |  |
|  |
| Aktuelle Schnittbildgebung vorhanden? | □nein | □ja | (bitte CD mitgeben oder über xPipe hochladen) |
|  | Körperregion: |  |
| **Besonderheiten:** |  |  |
|  |  |  |

! Für FDG-PET bitte mindestens 4 Stunden vor dem Untersuchungstermin nüchtern bleiben (Wasser ist erlaubt). Bei Kontrastmittel-CT bitte aktuelles Labor (TSH, Kreatinin) mitgeben und ggf. Metformin zwei Tage vor dem Untersuchungstermin absetzen!

**PET-CT – Zusatzinformationen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Bisherige Therapie:** | **von** | **bis** |
| □ | Operation |  |  |  |  |
| □ | Chemotherapie |  |  |  |
| □ | Bestrahlung |  |  |  |
| □ | Antihormonelle Therapie |  |  |  |
| □ | Antibiotische Therapie |  |  |  |
| □ |  |  |  |  |  |
|  |
| **Vorerkrankungen** |  |
| □ | Infektionen/Infekte |  |  |
| □ | Diabetes mellitus | □ | Niereninsuffizienz |
| □ | Schilddrüsenüberfunktion | □ | Kontrastmittelallergie |
|  |
| Aktuelle Schnittbildgebung vorhanden? | □ nein | □ ja (bitte CD mitgeben) | Körperregion: |  |
| **Besonderheiten:** |  |
|  |  |

! Für FDG-PET bitte mindestens 4 Stunden vor dem Untersuchungstermin nüchtern bleiben (Wasser ist erlaubt). Bei Kontrastmittel-CT bitte aktuelles Labor (TSH, Kreatinin) mitgeben und ggf. Metformin zwei Tage vor dem Untersuchungstermin absetzen!

**Therapien – Zusatzinformationen**

* Histologie (Tumorart, Grading, Ki-67, …)
* Klinischer Status: ECOG-Status (1-5), Harn- und Stuhlinkontinenz
* aktuelle Laborwerte (Großes Blutbild, Leberwerte, Kreatinin, …)
* Medikamentenliste
* Bisherige und aktuelle Therapien (z.B. letzter Arztbrief)
* aktuelle Bildgebung sowie Vor-Bildgebung (zur Abschätzung der Progredienz)
(in digitaler Form – CD, DVD, xpipe)
* lokaler Tumorboardbeschluss?