**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?