

**PET/CT**

Praxisnetz Radiologie & Nuklearmedizin  
Haydnstraße 36  
53115 Bonn  
Tel: 0228 50202-0  
Fax: 0228 50202-199  
[petct@praxisnetz-bonn.de](mailto: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 \_\_\_\_\_  Selbstzahler

Gewünschtes Untersuchungsdatum:  zeitnah  Wunschzeitraum: \_\_\_\_\_

**Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Anamnese & Nebendiagnosen:**

**Bisherige Therapie / Staging:**

**Tumormarker:** welcher? \_\_\_\_\_  normal  angestiegen  gefallen

**B-Symptomatik:**  Nachtschweiß  Gewichtsverlust > 10%  Fieber  \_\_\_\_\_

**Diabetiker:**  ja  nein

**Kontrastmittelallergie:**  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)

---

oder Facharzt für Radiologie und Facharzt für Nuklearmedizin  
(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 werktätlich gegeben)