

Name: Telefonnummer Patient:

Vorname: *alternativ Email-Adresse:*

Geburtsdatum: Krankenkasse:

Diagnose und Krankheitsgeschichte

ja **nein**

kastrationsresistentes metastasiertes Prostatakarzinom (mCRPC)

vorherige erweiterte Hormontherapie (*mind. eine Substanz vor LuPSMA RLT nötig*)

Abirateron

Enzalutamid / Darolutamid / Apalutamid

vorherige Taxan-basierte Chemotherapie (*mind. eine Substanz vor LuPSMA RLT nötig*)

Docetaxel

Cabazitaxel

sofern keine Chemotherapie möglich, bitte Angabe von Gründen:

vorherige andere systemische mCRPC Therapien:

wenn ja, bitte angeben welche:

PSMA PET/CT bereits durchgeführt

wenn nein: Soll das PSMA PET/CT am rechts der Isar geplant werden?

Allgemeinzustand: ECOG 0 ECOG 1 ECOG 2

Laborwerte:

Kreatinin < 1.8 mg/d bzw. eGFR >30 ml/min

Hämoglobin > 8 g/dl

Leukozyten > 2.5 x 10⁹/l

Thrombozyten > 80 x 10⁹/l

Aktuelle Supportivtherapie:

Osteoprotektion, wenn ja bitte Substanz angeben:

Schmerzmedikation, wenn ja bitte Substanz/en angeben:

Wenn möglich, bitte aktuellen urologischen / uro-onkologischen Arztbrief beilegen !

Telefonnummer (Zuweiser)

Praxisstempel

Faxnummer (Zuweiser)

Informationen zur LuPSMA Radioligandentherapie, das Anmeldeformular mit digitaler Ausfüllmöglichkeit und einen Flyer für Patienten finden Sie unter: <http://www.nuk.mri.tum.de/>