

Name: Telefonnummer Patient:

Vorname: *alternativ Email-Adresse:*

Geburtsdatum: Krankenkasse:

Diagnose und Krankheitsgeschichte:

Metastasierter neuroendokriner Tumor G1/2

Lokalisation Primarius:

ja **nein**

vorherige Somatostatin-Analoga-Therapie
wenn ja, wann letzte Gabe:

vorherige Chemotherapie
wenn ja, bitte angeben welche:

vorherige andere systemische Therapien:
wenn ja, bitte angeben welche:

SSR PET/CT bereits durchgeführt

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

Allgemeinzustand:

ECOG 0 ECOG 1 ECOG 2

Laborwerte:

Kreatinin < 1.7 mg/d bzw. eGFR >50 ml/min

Hämoglobin > 8 g/dl

Leukozyten > 2.0 x 10⁹/l

Thrombozyten > 75 x 10⁹/l

Wenn möglich, bitte aktuellen onkologischen / endokrinologischen Arztbrief beilegen!

Telefonnummer (Zuweiser)

Praxisstempel

Faxnummer (Zuweiser)

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