



## Checkliste PSMA-Liganden-Therapie

Für eine zeitnahe Bearbeitung senden Sie bitte die ausgefüllte Checkliste per Fax an: **04141 / 604197**.

Patientenname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Zuweisername: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

- Histologie liegt vor**
- mCRPC**
- Labor** nicht älter als 2 Wochen (gr. BB, Krea, GFR, GOT, GPT, GGT, PSA) liegt vor
- Vorherige erweiterte antiandrogene Therapie (ARSI/ARPI) erfolgt**  
\_\_\_ Abirateron (Zytiga) / \_\_\_ Enzalutamid (Xtandi)/ \_\_\_ Apalutamid (Erleada)/  
\_\_\_ Darolutamid (Nubeqa)
- Vorherige Taxan-basierte Chemotherapie erfolgt**  
\_\_\_ Docetaxel \_\_\_ Cabazitaxel  
\_\_\_ nicht möglich bei: \_\_\_ Polyneuropathie \_\_\_ höhergrad. kardiovask. Erkrankung
- Strahlentherapie:** von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_
- ECOG < 2 und Karnovsky > 60%
- PSMA-PET/CT liegt vor** (nicht älter als 3 Monate)
- aktueller **Medikamentenplan und Therapiebrief** liegen vor
- Nachweis Progress:** \_\_\_ PSA-Verlauf \_\_\_ Bildmorphologisch (CT/ MRT/ PSMA-PET/CT)
- Tumorboardbeschluss** vom: \_\_\_\_\_ liegt vor

**Anmerkungen:**

---

### Durch die Nuklearmedizin der Klinik Dr. Hancken auszufüllen:

- ING und Cons am: \_\_\_\_\_ PSMA-Therapie indiziert: \_\_\_\_\_
- PSMA-PET/CT am: \_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift Nuklearmediziner)
- Labor (gr. BB, Krea, GFR, GOT, GPT, GGT, PSA) Termin stationäre Aufnahme: \_\_\_\_\_
- Tumorkonferenz anmelden \_\_\_\_\_