

Formular, intern:

Anmeldung Radiorezeptortherapie

25.01.2017

Seite 1 von 1

## Anmeldung Radiorezeptortherapie

**Wir bitten um Anmeldung immer per Fax: 03641 9 329806 Tel.: 03641 9 329805**

<b>Patientenetikett</b>	<b>Klinik:</b>  <b>Station:</b>  <b>Telefon anford. Arzt:</b>  <b>Telefon Patient:</b>
-------------------------	--

**Kurzanamnese** (Erstdiagnose, Primum (incl. Ki-67 Histologie), bekannte Mts, bisherige Therapien (Art, Zeitpunkt, Dauer))

Nebendiagnosen (z.B. Herz-/ Niereninsuffizienz)

**Bildgebung der letzten 12 Monate** (CT, MRT, <sup>68</sup>Ga-DOTATOC PET/CT, Octreotid-Szintigraphie, FDG PET/CT)

**Aktuelle Medikation** Sandostatin:  nein  ja (SAR,LAR) Chemotherapie  nein  ja

Weitere:

**Allgemeines Befinden:** [ ] Guter AZ Karnofsky-Index: .....%  
 [ ] Beschwerden: .....

**Gewicht** \_\_\_\_\_kg

**Flush**  kein Flush  <1x/Wo  1-5x/Wo  > 1-5x/d  > 5 x/d, dauernd

**Diarrhoe**  normaler Stuhlgang (1-2x/d)  3-5x/d  5-7x/d  7-10x/d  >10/d

**aktuelle Laborwerte:** Ery:\_\_\_\_Tpt/l Hb:\_\_\_\_ mmol/l Tz: \_\_\_\_Gpt/l

Leuko:\_\_\_\_ Gpt/l Krea:\_\_\_\_ µmol/l Chromogranin A: \_\_\_\_ ng/ml

**Wir bitten um die Zusendung der aktuellen Befunde (Bildgebung, Labor, Arztbrief) per Fax (03641-9329806) u. ggf. des Bildmaterials (falls extern erfolgt) per Post.**

verantwortlich: Dr. med. T. Winkens

© Universitätsklinikum Jena – Klinik für Nuklearmedizin

ukj\_kfn\_fi\_RRT\_Anmeldung