

## GEWÜNSCHTE THERAPIE:

### RADIOJODTHERAPIE

- Radiojodtherapie bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen <sup>1, 4, 6</sup> (siehe unten im Abschnitt „Vorbereitung“)
- Radiojodtherapie bei Schilddrüsenkarzinom <sup>1, 4, 6</sup>
- Radiojoddiagnostik bei Schilddrüsenkarzinom <sup>1, 5, 6</sup>

### RADIONUKLIDTHERAPIEN

- Radionuklidtherapie mit Iod-131-meta-Iodobenzylguanidine (I-131-MIBG) <sup>1, 3, 7</sup>
- Peptidrezeptorradiotherapie (PRRT) mit Lu-177-DOTATATE bei gastroenteropankreatischen neuroendokrinen Tumoren (GEP-NET) <sup>1,3, 8</sup>
- Ra-223 (Xofigo®) zur Therapie von Knochenmetastasen des Prostatakarzinoms (ambulante Therapie) <sup>2, 3, 9</sup>
- PSMA-Therapie mit Lutetium-177-PSMA bei dem metastasierten Prostatakarzinom <sup>1, 3, 10</sup>

### Vorbereitung:

- <sup>1</sup> Einweisungsschein
- <sup>2</sup> Überweisungsschein
- <sup>3</sup> Aktuelle Laborwerte inkl. Blutbild, Nierenwerte, Leberwerte und Tumormarker als Ausdruck mitbringen
- <sup>4</sup> Ambulanter Radiojodtest vor der Therapie; für die Testkapsel nüchtern; für die Therapiekapsel nüchtern
- <sup>5</sup> Ambulante rTSH-Gabe 2 Tage und 1 Tag vor Kapselgabe; für die Diagnostikkapsel nüchtern
- <sup>6</sup> Ggf. Schilddrüsenmedikamente pausieren
- <sup>7</sup> Aktuelle MIBG-Szintigraphie. Schilddrüsenblockade mittels Irenat vor der Therapie.
- <sup>8</sup> Aktuelle Somatostatinrezeptor-Bildgebung und Nierenszintigraphie. Letzte Spritze Octreotid (Sandostatin-LAR ®) / Lanreotid (Somatuline Autogel®) sollte ca. 4 Wochen vor der Therapie erfolgen.
- <sup>9</sup> Aktuelle Knochenszintigraphie. Pausierung von Abiraterone und anderen neuartigen Antihormontherapien. Calcium, Phosphat und Vitamin-D-Pause. <sup>10</sup> Aktuelle PSMA-Bildgebung und Nierenszintigraphie.

**Patientendaten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

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

Telefon / Mobil: \_\_\_\_\_

Adresse:

\_\_\_\_\_

Krankenversicherung:       Knappschaft-Bahn-See     gesetzlich     privat

Bei Frauen < 50 J.: Schwangerschaft/Stillen ausgeschlossen?       ja     nein

**Wunschtermin (mind. in 3 Wochen) \_\_\_\_\_**

**Medizinische Angaben:**

Hauptdiagnose:

\_\_\_\_\_

Nebendiagnosen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Vortherapien:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Bitte senden Sie den letzten aktuellen Arztbrief mit dieser Anforderung per Fax an: 0231 / 922 -1138.
- Telefonisch erreichen Sie uns unter 0231 / 922 -1818.

Name, Anschrift der zuweisenden ärztlichen Fachpraxis:

---

---

Telefonnummer bei Rückfragen: \_\_\_\_\_