

Anmeldung für eine Xofigo-Therapie

Patientendaten

Name _____

Geb.-Datum _____ Telefonnummer _____

Versichertenstatus _____

Zuweiserdaten

Name _____ Telefonnummer _____

Fax _____

Checkliste Indikationen

Knochenschmerz ja nein

Mobilitätseinschränkung/ Pathologische Fraktur ja nein

Progression der ossären Metastasen ja nein

Symptome der tumorbedingter Hypercalciämie (Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Obstipation, Polyurie, Polydipsie, Muskelschwäche, Nephrolithiasis) ja nein

2 systemische Therapielinien (außer LHRH-Analoga) erfolgt ja nein

Checkliste Kontraindikationen

Viszerale Metastasen (LK-Metastasen bis 3cm sind erlaub) ja nein

Chronische entzündliche Darmerkrankung ja nein

Dialysepflichtigkeit ja nein

Stuhl-/ Harninkontinenz (relative KI) ja nein

unbehandelte Rückenmarkkompression ja nein

unbehandelte frische Frakturen ja nein

Therapieverlauf, auch geplante Therapien (wann, mit welchem Medikament, Strahlendosis)

| Therapie | Zeitpunkte | Therapie/Medikament |
|--|------------|---------------------|
| Primärtherapie (OP, Bestrahlung) | | |
| Bestrahlung von Knochenmetastasen | | |
| Hormonentzug (GnRH, LHRH-Analoga, Bicalutamid) | | |
| Antiandrogene Therapie (Xtandi®, Zytiga®) | | |
| Chemotherapie (Taxotere®, Jevtana®) | | |
| Cortikoide (Prednisolon, ...) | | |
| Andere | | |

Laborbefunde und Untersuchungen (Kopien bitte beilegen)

- Testosteron im Verlauf
- PSA im Verlauf
- Aktuelles Differentialblutbild
- Aktuelle Laborwerte von GOT, GPT, LDH, AP, Calcium, Albumin, Creatinin, Bilirubin
- Bilder der beiden letzten Skelettszintigraphien, die letzte nicht älter als 4 Wochen (falls nicht vorhanden, gerne Terminierung in unserer Abteilung unter 0231 – 953 21365)
- Befunde von letzten CT, PET-CT oder MRT von Thorax und Abdomen
- Arztbriefe, Medikamentenliste, Berichte der Strahlentherapie

Datum, Unterschrift (Facharzt / Fachärztin für Urologie) _____