

**Campus Kiel**

Klinik für Nuklearmedizin, Molekulare  
Bildagnostik und Therapie

Komm. Direktor: PD Dr. U. Lützen, MaHM

Anmeldung:  
Tel.: 0431 500 – 16820  
Fax: 0431 500 - 16824  
www.uksh.de

Datum:

Klinik und MVZ sind zertifiziert nach  
DIN ISO 9001:2008

**Anforderungsformular für eine Radium-223-  
Therapie (Xofigo®)**

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

Sie planen für einen Patienten eine Radium-223-Therapie.

Kontaktaten Zuweiser:

Patientendaten/ Krankenversicherung:

**Zur Überprüfung der Indikation bitten wir um die Zusendung sämtlicher folgender  
Unterlagen/Informationen:**

1) --- Arztbrief (ausführliche Krankengeschichte aller bisher durchgeführten Therapien: mit Nachweis eines hormonrefraktären PCa)

2)---Aktuelle Bildgebung zum (CT Thorax und Abdomen oder PSMA-PET-CT) **zum Ausschluss** von Organmetastasen oder größerer LK-Metastasen; -nicht älter als 3 Monate)

3)---Aktuelle Laborwerte: Differentialblutbild **mit Nachweis** von :

- Thrombozyten > **100.000 / nl**,
- Neutrophile Granulozyten > **1,5 x 10<sup>9</sup> /l**
- Hb-Wert > **10,0 g/dl**
- Leberwerte, Elektrolyte, Retentionswerte, PSA

4)---Karnofsky-Index  $\geq$  40 % : Ja \_\_\_\_\_ Nein?

5)---Tumorboardbeschluss (falls vorhanden)

6)---Medikamentenliste

**Nach Prüfung der eingereichten Unterlagen werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen.**

***Eine aktuelle Skelettszintigraphie und ggf. Knochenmarkszintigraphie wird dann über unsere Klinik unmittelbar direkt vor der Therapie durchgeführt***

ID 118151 Version 004/07.2017