

Anmeldung für eine Xofigo-Therapie

Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass eine zeitnahe Bearbeitung nur bei Vorlage vollständiger Unterlagen erfolgen kann. Vielen Dank.

Patientendaten

Name _____

Geb.-Datum _____ Telefonnummer _____

Versichertenstatus _____

Zuweiserdaten

Name _____ Telefonnummer _____

Fax _____

Checkliste Indikationen

Knochenschmerz ja nein

Mobilitätseinschränkung/ Pathologische Fraktur
 ja nein

Progress der ossären Metastasen
 ja nein

Symptome tumorbedingter Hypercalciämie
 (Herzrhythmusstörungen, Übelkeit, Obstipation,
 Nephrolithiasis)
 ja nein

3 konsekutive PSA-Anstiege, davon 2x um > 50%
 trotz angepasster antihormoneller Therapie
 ja nein

2 systemische Therapielinien (außer LHRH-
 Analoga) erfolgt ja nein
 Wenn ja, welche Medikamente:

Checkliste Kontraindikationen

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

Chronische entzündliche Darmerkrankung
 ja nein

Dialysepflichtigkeit ja nein

Stuhl-/ Harninkontinenz (relative KI)
 ja nein

unbehandelte Rückenmarkskompression
 ja nein

unbehandelte frische Frakturen
 ja nein

Aktuell Therapie mit Zytiga und Prednisolon
 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 bitte vollständig übermitteln.

- 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). Bilder bitte auf CD, nicht als Fax!
- Befunde von letzten CT, PET-CT oder MRT von Thorax und Abdomen
- Arztbriefe, Medikamentenliste, Berichte der Strahlentherapie

Datum, Unterschrift (Facharzt / Fachärztin für Urologie) _____