UNIKLINIK RWTH AACHEN
Klinik für Nuklearmedizin

Universitätsklinikum Aachen
Pauwelsstraße 30 – D-52074 Aachen
Tel.: +49 (0)241 8088 735
Fax: +49 (0)241 8082424
nuklearmedizin@ukaachen.de
www.nuklearmedizin.ukaachen.de

Medizinische Indikationen für eine PET; PET/CT-Untersuchung für ges. versicherte Patienten die im Rahmen einer ASV (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) behandelt werden: (laut G-BA Richtlinie)

Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen
b) rheumatologische Erkrankungen

Patient/in: _____
Name/ Vorname/ Geburtsdatum

_____
Tel Nr. des Patienten

_____
einweisende Praxis /Klinik/ Ansprechpartner (bitte Tel. Nr. für Rückfragen)

Gemäß der Richtlinie des G-BA der ASV Richtlinie zu § 116b SGB V Anlage 1.1 Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen b) rheumatologische Erkrankungen handelt es sich um folgende Indikation:

☐ PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Großgefäßvaskulitiden bei unklarer Befundkonstellation (z. B. trotz komplexer Diagnostik inklusive konventioneller Bildgebung, Liquordiagnostik oder histologischer Befunde, Gefäßsonografie) mit dem Ziel einer therapeutischen Konsequenz

☐ PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) bei Patientinnen und Patienten mit anti-TIF1γ-oder NXP2- Antikörper-positiver Dermatomyositis bei Erkrankungsbeginn nach dem 40. Lebensjahr und Vorliegen mindestens eines weiteren Hochrisikofaktors Erkrankungsbeginn bis 3 Jahre nach Erkrankungsbeginn

PET; PET/CT mit F-18-Fluorodesoxyglukose-Positronenemissionstomographie (FDG-PET) oder PET; PET/CT mit radioaktiv markierten Somatostatin-Rezeptor-Liganden wie Ga-68 DOTA-NOC als komplementäre Diagnostik zu einem weiterhin unklaren kardialen bildgebenden Befund oder wenn ein MRT kontraindiziert ist

- ☐ bei bereits nachgewiesener extrakardialer Sarkoidose mit unklaren, neu aufgetretenen kardialen Symptomen oder Auffälligkeiten in der Echokardiographie, im EKG oder 24h EKG,
- ☐ bei unklarer Rhythmusstörung oder Herzinsuffizienz im jüngeren Lebensalter und Verdacht auf Sarkoidose

_____ _____
Ort/Datum Unterschrift/Stempel des Arztes

Die Abrechnung der Leistungen erfolgen nach dem EBM. Im Zusammenhang mit § 137e SGB V definierte besondere Qualitätsanforderungen sind zu beachten.