

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

Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren

Patient/in:

Name/ Vorname/ Geburtsdatum

Tel Nr. des Patienten

einweisende Praxis /Klinik/ Ansprechpartner

(bitte Tel. für Rückfragen)

Gemäß der Richtlinie des G-BA der ASV Richtlinie zu § 116b SGB V Anlage 1.1. Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen a) onkologische Erkrankungen; Tumorgruppe 6: Kopf- oder Halstumoren handelt es sich um folgende Indikationen:

PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren

- ☐ zur Planung einer potenziell kurativen Lokalthherapie
- ☐ vor funktionseinschränkenden Therapiemaßnahmen (Strahlentherapie oder Operation) sofern die konventionelle Diagnostik (u.a. CT und/oder MRT) von Kopf/Hals, Thorax und Abdomen abgeschlossen ist und Fernmetastasen nicht nachgewiesen wurden
- ☐ wenn in der postoperativen Verlaufskontrolle in der konventionellen Diagnostik (CT, MRT) nicht zwischen Narbengewebe und Lokalrezidiv unterschieden werden kann und für den Fall eines Lokalrezidivs eine Lokalthherapie empfohlen wird

PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsenkarzinom

- ☐ und erhöhtem Tumormarker Thyreoglobulin bzw. Calcitonin und/oder
- ☐ negativer oder unklarer konventioneller Bildgebung, inklusive Radiojod-Szintigrafie, zur Detektion von radiojodrefraktären Läsionen (residueller Tumor, Lokalrezidiv, Lymphknotenmetastasen und Fernmetastasen) und postoperativ verbliebenem Schilddrüsengewebe mit dem Ziel therapeutische Konsequenzen einzuleiten.

PET; PET/CT (mit F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Patientinnen und Patienten mit malignem Melanom, Merkel-Zell-Karzinom und Plattenepithelkarzinom der Haut zur Beurteilung der Operabilität, auch vor Einleitung einer systemischen medikamentösen Therapie

- ☐ wenn der „Sentinel Node“ Tumorbefall zeigt und eine erweiterte Lymphadenektomie geplant ist
- ☐ wenn im CT/MRT oder bei klinischer Untersuchung vergrößerte, metastasenverdächtige Lymphknoten nachgewiesen wurden und/oder
- ☐ zum Ausschluss weiterer Metastasen, wenn sonst alle im CT/MRT erkennbaren Fernmetastasen R0-resektabel erscheinen

- ☐ **PET; PET/CT (mit Ga-68-markierten Somatostatin-Rezeptorliganden) bei Merkel-Zell-Karzinom** vor geplanter nuklearmedizinischer Therapie mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden zur Erfassung des Somatostatin-Rezeptor-Status und Beurteilung der nuklearmedizinischen Therapiemöglichkeit

- ☐ **PET; PET/CT (mit radioaktiven Somatostatin-Rezeptor-Liganden oder F-18-Fluorodesoxyglukose) bei Paragangliomen** zur Ausbreitungsdiagnostik vor einer kurativ intendierten Behandlung oder zur Rezidivdiagnostik oder zur Erhebung des Rezeptorstatus vor nuklearmedizinischer Therapie

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.