

Medizinische Indikation PET/CT-Untersuchung

(außerhalb G-BA-Richtlinie)

Patient/in:

Name/ Vorname/ Geburtsdatum

Anschrift

Versicherungsnummer

Tel Nr. des Patienten

Einweisende Praxis /Klinik/ Ansprechpartner

(bitte auch Tel. für Rückfragen)

Folgende Diagnosen liegen vor:.....

- ☐ Sämtliche geeigneten Diagnoseverfahren, wie z.B. CT, MRT, Skelettszintigraphie sind ausgeschöpft.
- ☐ Nur mit PET in Ergänzung zur vertraglichen Diagnostik ist es möglich, Erkenntnisse zu gewinnen, die zu unmittelbaren therapeutischen Konsequenzen führen, z.B. Entscheidung ob Operation oder Chemotherapie.
- ☐ Der Patient ist mit einer ggf. aus der PET resultierenden Therapie (z.B. OP, Bestrahlung, erneute Chemo usw.) einverstanden.

Die vorliegende Diagnose gehört nicht zu den zugelassenen Indikationen nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V, so dass die Abrechnung der Leistungen über EBM ausgeschlossen ist.

Folgende Unterlagen sind beigelegt:

- ☐ Arztberichte mit der genauen Angabe der Tumordiagnose, des Tumorstadiums sowie ggf. bereits durchgeführter Behandlungen und Ergebnisse (Remission?)

.....
.....
.....
.....

- ☐ Darstellung der aktuellen Fragestellung für die PET Untersuchung und daraus abzuleitende therapeutische Konsequenzen

.....
.....
.....
.....

- ☐ Befunde der bisherigen diagnostischen Maßnahmen (z.B. CT, MRT, Skelettszintigraphie, Laborverlauf der letzten 6 Monate, insbesondere der CAE-Werte). Diese Unterlagen bitte beifügen.

.....
.....
.....
.....

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes