

Indikation PET/CT GKV Patienten

– Lunge –

MVZ DIRANUK GmbH

PET/CT Zentrum Bielefeld

33602 Bielefeld | Feilenstraße 1

Anmeldung: 05 21-9 64 53-233

Abrechnung: 05 21-9 64 53-1878

Fax: 05 21-9 64 53-1239

Patientendaten

Bielefeld, den _____

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Telefon
Krankenkasse	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.

Zuweiser

Name	Straße	PLZ, Ort
Telefon	Fax	eMail

Gewünschtes Untersuchungsdatum: _____

Anmeldungsgrundlage:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchung- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung) zuletzt geändert am 20.3.2025, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 03.06.2025 B3) am 3.6.2025, in Kraft getreten am 4.6.2025.

ACHTUNG: Bitte die Indikation ankreuzen, die dazugehörigen Unterschriften sind zwingend notwendig!

Ziffer 14. Positronenemissionstomographie (PET) – § 1 Zugelassene Indikationen

☐	1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen.
☐	2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen.
☐	3. Charakterisierung von Lungenrundherden, insbesondere Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.
☐	4. Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.
☐	5. Nachweis eines Rezidivs (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patienten primär kurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.

Die Notwendigkeit/Indikation wird durch das interdisziplinäre Team bestätigt – Indikationen 1 bis 5

Facharzt für Nuklearmedizin	Unterschrift	Datum
onkologisch verantwortlicher Arzt oder Onkologe	Unterschrift	Datum
Thoraxchirurg	Unterschrift	Datum
Facharzt für Strahlentherapie (nur Indikationen 4+5)	Unterschrift	Datum