

Erstanmeldung im Prostatakarzinomzentrum Fürth (Fax-Nr.: 0911 7580-1868)

Stammdaten Patient:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Anmeldung:

Anmeldung durch (Einweiser/Praxisstempel): _____

Anmeldung am (Datum): _____

Klinische Daten:

Erstdiagnose am (Datum): _____ Diagnose: _____

Diagnostikverfahren: _____ Max. Tumoranteil (%): _____

Pos. Prostatastanzen: rechts: ___ von ___ links: ___ von ___ gesamt: ___ von ___

Gleason-Score: _____ Prostatavolumen (ml): _____

DRU: nicht suspekt suspekt: links rechts beidseits

PSA initial, ggf. PSA-Verlauf (ng/ml): _____

Klinisches Stadium: cT ___ cN ___ cM ___ Pn ___ Postop. Stadium: pT ___ pN ___ M ___ R ___

Relevante Begleiterkrankungen: _____

Bisherige Therapie:

OP Antihormonelle Therapie Active Surveillance (AS)

Postoperative PSA-Wert-Kontrolle Sonstige: _____

Umfelddiagnostik/durchgeführte Untersuchungen (Befunde bitte beilegen):

MRT, am: _____ Skelettszintigramm, am: _____

CT, am: _____ PET/CT, am: _____

Weitere Angaben:

Verlauf, Anamnese: _____

Konkrete Fragestellung: _____

Datenschutzeinwilligung liegt vor: Ja Nein