

**Prä-/posttherapeutische Tumorkonferenzanmeldung**  
**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: \_\_\_\_\_

ECOG Status (Grad 1-5):  0  1  2  3  4  5

**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