

## Anmeldung für Tumorkonferenz 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 0-5):  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