

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