

## Anmeldung für Uroonkologische Tumorkonferenz 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: \_\_\_\_\_

Klinisches Stadium: cT \_\_ cN \_\_ cM \_\_ S \_\_ Postop. Stadium: pT \_\_ pN \_\_ pM \_\_ G \_\_ R \_\_ Pn \_\_ L \_\_ V \_\_ S \_\_

Radiologische Befunddemo: ☐ Ja ☐ Nein

Frage für die radiologische Befunddemo: \_\_\_\_\_

Letzte Laborwerte: KREA: \_\_\_\_\_ PSA: \_\_\_\_\_ GFR: \_\_\_\_\_ HB: \_\_\_\_\_

LDH: \_\_\_\_\_  $\beta$ -HCG: \_\_\_\_\_ AFP: \_\_\_\_\_

Relevante Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_

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

### Bisherige Therapie:

☐ OP ☐ Radiotherapie ☐ Chemotherapie  
☐ Radio-Chemotherapie ☐ 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 (Kopie bitte beilegen): ☐ Ja ☐ Nein