

Name:	Vorname:	<input type="checkbox"/> privat vers.
Geburtsdatum:		
Straße:		
PLZ	Ort:	
Telefon:		
Einweiser:	Telefon:	Fax:

Klinische Daten:

<input type="checkbox"/> Erstdiagnose	<input type="checkbox"/> Rezidiv	<input type="checkbox"/> Progress
PSA (total), vor Biopsie:	Datum:	Tumorstadium: <input type="checkbox"/> cT1a <input type="checkbox"/> cT1b <input type="checkbox"/> cT1c <input type="checkbox"/> cT2a <input type="checkbox"/> cT2b <input type="checkbox"/> cT2c <input type="checkbox"/> cT3 <input type="checkbox"/> cT4
IIEF: Punkte	ICS: Punkte	Gleason Score: ___ + ___ = ___
<input type="checkbox"/> schwerw. Nebenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> Entzündliche Darmerkrankung	<input type="checkbox"/> bek. Zweittumor
Zusatzuntersuchungen <input type="checkbox"/> Knochenszintigraphie	<input type="checkbox"/> CT/PET	<input type="checkbox"/> MRT
Ergebnis <input type="checkbox"/> metastasenfrei	<input type="checkbox"/> metastasiert	

Bitte Beifügen/zeitnahes Nachreichen relevanter Befunde (z.B. Entlassungsberichte, PSA-Verlauf, Befunde von Bildgebung etc.)

Geplante Therapie:

Operation	Radiatio	Weitere Therapien
<input type="checkbox"/> kurativ/radikal	<input type="checkbox"/> definitiv	<input type="checkbox"/> Chemotherapie
<input type="checkbox"/> palliativ	<input type="checkbox"/> adjuvant	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie
	<input type="checkbox"/> palliativ	<input type="checkbox"/> Hormontherapie
		<input type="checkbox"/> Zweitmeinung erwünscht
		<input type="checkbox"/> persönl. interdisziplin. Gespräch erwünscht

Vorthérapien:

<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Radiatio	<input type="checkbox"/> Chemotherapie
<input type="checkbox"/> Radikale Prostatektomie	<input type="checkbox"/> palliative TURP	<input type="checkbox"/> Hormonablation

- Ich bin mit der Speicherung meiner Daten im Prostatakrebszentrum Münster Süd einverstanden.
- Über das Angebot einer psychosozialen Betreuung wurde ich informiert.

Datum: _____ Unterschrift Patient: _____

Diesen Bogen und bei Erstdiagnose histologischen Befund bitte an 02501-172491 faxen.