

Anmeldung zur prätherapeutischen Prostatakarzinomkonferenz

Stammdaten des Patienten:

Name, Vorname:	Hausarzt:
Geb.-Datum:	Urologe:

Vorstellung in der Konferenz durch:

- Urologie (Klinik) Strahlentherapie niedergelassener Urologe Hausarzt

Klinische Daten:

Erstdiagnose am:	Festgestellt durch: <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> TUR-P <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	
PSA initial _____ ng/ml Datum letzte Messung:	TNM (klinisch und/oder pathologisch): c p	Anzahl Stenzen gesamt: Positiv rechts: Positiv links:
Gleason-Score:	IIEF-Score: Kontinenz-Score:	Prostatavolumen: DRU:
Erektile Dysfunktion: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	ECOG / Karnowsky:	D'Amigo: <input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch

Staging-Untersuchungen:

- CT MRT PET Skelettszintigramm nicht durchgeführt sonstiges: _____

Ergebnis: metastasenfrem metastasiert (wo?): _____

Vorthherapie: NEIN JA - welche? _____

Empfohlene Therapiemöglichkeiten:

Operative Therapie <input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> Prostatektomie	Strahlentherapie <input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> Mamillen-RT (Prophylaktisch)	Medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Schmerztherapie	Sonstige Therapie <input type="checkbox"/> Wait and See <input type="checkbox"/> Brachytherapie <input type="checkbox"/> ergänzende Diagnostik
---	---	---	---

Unterschrift (Urologe): _____

Unterschrift (Strahlentherapeut): _____

Datum: _____