

## Anmeldung zur posttherapeutischen Prostatakarzinomkonferenz

### Stammdaten des Patienten:

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

**Vorstellung in der Konferenz durch:**    Urologie (Klinik)    Strahlentherapie    niedergelassener Urologe

### Klinische Daten:

Erstdiagnose am:	Aktuell <input type="checkbox"/> Progress <input type="checkbox"/> Recidiv	
PSA initial _____ ng/ml	PSA Verlauf:	PSA aktuell _____ ng/ml

### Primärtherapie (was/wann):

<input type="checkbox"/> Radikale Prostatektomie	<input type="checkbox"/> TUR-P (kurativ / palliativ)	<input type="checkbox"/> Hormontherapie
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie (kurativ / palliativ)	<input type="checkbox"/> Wait and See
Ergebnis der Primärtherapie: pT ____ pN _____ pM ____ cM ____ R ____      Gleason: ____ + ____ = ____		

### Aktueller Status (was/wann):

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> MRT	<input type="checkbox"/> Skelettszintigramm
<input type="checkbox"/> Rö-Thorax	<input type="checkbox"/> PET	<input type="checkbox"/> sonstiges
Ergebnis <input type="checkbox"/> metastasenfrei <input type="checkbox"/> metastasiert (wo?):		
IIEF:	ECOG/Karnowsky:	ICS:

### Fragestellung:

--

### Empfehlung:

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"/> adjuvant	Medikamentöse Therapie <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Schmerztherapie <input type="checkbox"/> Hormontherapie
--	--	--

Unterschrift (Urologe): \_\_\_\_\_

Unterschrift (Strahlentherapeut): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_