

Krankenkasse bzw Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb.am
Kassen-Nr	Versicherten-Nr	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum
Tel.		

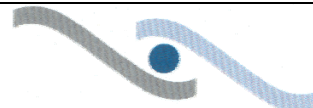
Zuweiser	
<input type="checkbox"/> Tel. Rücksprache erwünscht. <input type="checkbox"/> pers. Vorstellung des Pat. erwünscht. <input type="checkbox"/> bitte Pat informieren	

**Tumorspezifische Daten:**

Datum Erstdiagnose	
Tumorformel:	
T	p <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/>
N	p <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/>
M	p <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/>
Gleason Score	+ =
R	
Initiales PSA (gesamt) mit Datum	
Letztes PSA mit Datum	
PSA Nadir (ggf. mit Datum)	
Aktuelle Metastasen	

**Bisheriger Therapieverlauf/  
ggfs. Arztbriefe beifügen**

ggf. Befunde o. Nachsorgebogen beifügen



**PROSTATAKARZINOMZENTRUM  
KOBLENZ-MITTELRHEIN**

**Anmeldung zur posttherapeutischen  
Konferenz**

Bundeswehrzentral Krankenhaus Koblenz  
 Urologische Abteilung  
 Rübenacherstr 170  
 56072 Koblenz  
 Tel.: 0261/ 281- 3101  
 Fax 0261/921-8890

**Nebendiagnosen:**

KHK  Diabetes  Hypertonie  
 andere:

**Prätherapeutisch  
vorgestellt?**

ja  nein

**Bereits Studienpatient:**

ja  nein

**Geeignet für Studie:**

ja  nein

**Studienvorschlag:**

**Fragestellungen/ Bemerkungen:**

ggf. Anlage beifügen

**Rückantwort:**

**Posttherapeutische Konferenz**

am: \_\_\_\_\_ um: \_\_\_\_\_

(Stempel-Unterschrift)