

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

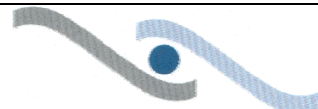
Zuweiser	
<input type="checkbox"/> Tel. Rücksprache erwünscht <input type="checkbox"/> Pat informieren zur Terminvereinbarung (Telefonnummer des Patienten notwendig)	

<b>Tumorspezifische Daten:</b>	
Datum Erstdiagnose	
Histologie:	
Gleason Score	+ =
cT-Stadium	
Anzahl Stanzen / pos. Stanzen	/
Metastasen (festgestellt durch)	
Initiales PSA (gesamt) mit Datum	

- Bitte Histologiebefund mit senden -

<b>Weitere Aufnahmedaten:</b>	
<b>Nebendiagnosen:</b> <input type="checkbox"/> KHK <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> abdom. Voroperationen/ Netze andere:	
IEEF Score	
ICS-Score	
Größe / Gewicht	

<b>Labor:</b>	
AP	
Hb	
Kreatinin	



**PROSTATAKARZINOMZENTRUM  
KOBLENZ-MITTELRHEIN**

## Anmeldung zur prätherapeutischen Konferenz

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

### Weitere Diagnostik:

Prostatavolumen	
Szintigramm	
CT/MRT	

### Weitere Bemerkungen:

--

### Therapieverschlagn:

- ☐ Radikale Prostatektomie  
☐ Externe Strahlentherapie  
☐ HDR-Brachytherapie  
☐ LDR-Brachytherapie (Seeds)  
☐ Active Surveillance  
☐ Hormontherapie :  
☐ Primär ☐ Neoadjuvant ☐ Adjuvant ☐ Palliativ  
☐ Chemotherapie  
☐ Best Supportive Care

Geeignet für Studie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Studienvorschlag:

### Rückantwort:

<b>Prätherapeutische Konferenz</b>	
am: _____	um: _____
Patient informiert am: _____ Name: _____	