

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)	

**Tumorspezifische Daten:**

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

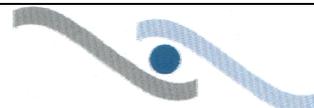
- Bitte Histologiebefund mit senden -

**Weitere Aufnahmedaten:**

<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	

**Labor:**

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: _____	