



Prostata-Karzinom:

Name:

Vorname:

Geb:

Versicherung-ID:

(Name Krankenkasse)

eGK-Versicherungs-Nr:

(Buchstabe und 9 Zahlen oder Privat)

Straße und Hausnummer:

PLZ und Wohnort:

Hausarzt:

Urologe:

Vorstellungsgrund: Primärfall: Rezidiv: Metastasen: Wiedervorstellung:

Diagnosedatum: (ddmmjjjj) _____

Histologie: (Code) _____

Lokalisation: _____

Anzahl entnommener Stenzen: _____

Anzahl befallener Stenzen: _____

Tumoranteil max. in %: _____

PSA-Wert: _____ ng/ml (bei Diagnose) im Verlauf: _____ ng/ml

Gleasonscore: ____ + ____

klinisches TNM: c/pT ____ c/pN ____ M ____

ECOG: 0 1 2 3 4

Vor/Begleiterkrankungen,
relevante Begleitmedikation:

Information Krebsregister erfolgt: ja nein

Bisherige Therapie :
(Start- Enddatum angeben)

Unterschrift:

Datum:

Anmeldung bitte per **Fax** an: Frau Petra Haag / Teamleitung Tumordokumentation **07195/591 936011**