**Prätherapeutische Anmeldung**

**Für externe Anmelder**

* Bitte füllen Sie dieses Formular möglichst vollständig aus
* Bitte senden Sie die Originalbefunde der Histologie, ggf. Staging-Untersuchungen und urologischen Befundbericht/Verlaufsbericht mit

**Fax: 0551-39-1308651**

**Patientenname** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **PSA** \_\_\_\_\_\_\_ **Datum** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Histologie** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_/\_\_re, \_\_/\_\_li)

 **Datum** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **DRU**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Anmelder****Klinisches TNM: T**\_\_\_ **N**\_\_\_ **M**\_\_\_

**Notwendige Staginguntersuchungen** **Befund**

□ CT Abdomen/Becken □ ausstehend □ blande □ auffällig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ MRT Becken/Prostata □ ausstehend □ blande □ auffällig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Knochenszintigraphie □ ausstehend □ blande □ auffällig: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Interdisziplinäres Gespräch mit dem Patienten vor Therapiebeginn gewünscht

Relevante Begleiterkrankungen/Voroperationen:

PCA-Vorbehandlung/Anamnese: ECOG/Karnowsky:

Antikoagulation: IIEF (wenn vorhanden):

 IPSS (wenn vorhanden):

Patientenwunsch einer möglichen Therapie:

Ich erkläre, dass ich vor Übermittlung von Patientendaten an das UniversitätsKrebszentrum „G-CCC“ bzw. an das Prostatakrebszentrum der UMG im Rahmen der Anmeldung zum Tumorboard den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Behandlung aufgeklärt habe. Ich habe den Patienten über die Speicherung und Weiterverarbeitung seiner Daten am G-CCC bzw. Prostatakrebszentrum informiert.

Der Patient hat daraufhin vollumfänglich zugestimmt.

\_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Datum, Unterschrift des anmeldenden Arztes