

Zusatzanamnese

Patienten mit einem Rezidiv

Name

Geburtsdatum

1. Erstdiagnose

Datum der ersten Diagnose: ____ . ____ . ____

PSA-Wert bei Diagnose: _____ , _____

Max. Gleason-Score der Biopsie: __ + __ = ____

Metastasen bei Primärdiagnose:

Nein Ja

Falls ja, wo befanden sich die Metastasen (Lokalisation)?

2. Therapieverlauf

Welche Therapien haben Sie erhalten?

- **Totaloperation** (Radikale Prostatektomie)

Datum: ____ . ____ . ____

Offen DaVinci Sonstiges

Damalige Tumorformel: pT ____ pN ____ (____ / ____) R ____

Gleason Score: __ + __ = ____

- **Strahlentherapie**

Datum Beginn: ____ . ____ . ____ Ende: ____ . ____ . ____

Bestrahlung der Prostata Prostata und Lymphbahnen

- **Brachytherapie**

Datum: ____ . ____ . ____

- **Andere Therapie, und zwar:**

_____ Datum Beginn: ____ . ____ . ____ Ende: ____ . ____ . ____

_____ Datum Beginn: ____ . ____ . ____ Ende: ____ . ____ . ____

- **Medikamentöse prostataspezifische Therapien (Hormontherapie, Chemotherapie, Sonstige)**

Medikament (Name und Dosierung)	Beginn	Ende
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Aktuelle Bildgebung

Welche bildgebenden Diagnostiken wurden aktuell bei Ihnen durchgeführt?

- CT (Computertomographie) Nein Ja, Datum: ____ . ____ . ____
- MRT (Magnetresonanztomographie) Nein Ja, Datum: ____ . ____ . ____
- Skelettszintigraphie Nein Ja, Datum: ____ . ____ . ____
- PSMA-PET/ CT Nein Ja, Datum: ____ . ____ . ____
- PSMA-PET/ MRT Nein Ja, Datum: ____ . ____ . ____

Wurden bei der Bildgebung Metastasen (Tochtergeschwüre) festgestellt?

Nein Ja

Falls ja, wo befinden sich die Metastasen (Lokalisation)?

Bitte geben Sie uns die PSA-Werte in den letzten 12 Monate an:

Datum: ____ . ____ . ____

PSA-Wert: _____ , _____

Datum: ____ . ____ . ____

PSA-Wert: _____ , _____

Datum: ____ . ____ . ____

PSA-Wert: _____ , _____

Datum: ____ . ____ . ____

PSA-Wert: _____ , _____