

IPZ Gütersloh -

Name: Vorname: Geb.Dat	Fall Nr.	Behandelnder Arzt: 1. Tel. Fax 2. Tel. Fax
---	-------------------	--

Klinik: Miltionsstörung: ja/ nein Restharn: ml T	Nebenerkrankungen:
Diagnostik Drüsenvolumen ml Knochenszintigramm (neg./pos./nicht vorh.) CT	Prostatatastanzen: Anzahl:_____ Positiv:_____ Histologie T N M G Gleason PSA Prätherapeutisch:_____ Aktuell:_____
Vorbehandlung Zeitraum: Hormonell Strahlentherapie Operationen	Klinik-Lokalisation

Fragestellung:

Diagnostik / Therapieempfehlung
..... Kompetenzzentrum Datum