



Anmeldung Xofigo-Therapie

Per Fax bitte an die 03641-9329808

Patientenetikett

Klinik/Praxis:

Station:

Telefon anford. Arzt:

Telefon Patient:

Kurzanamnese (Erstdiagnose, Gleason-Score, bekannte Mts, bisherige Therapien (Art, Zeitpunkt, Dauer))
Aktuelles PSA: _____ng/ml Präoperatives PSA: _____ng/ml Nadir PSA: _____ng/ml Extraossäre Metastasen nein ja

Nebendiagnosen
Stuhlinkontinenz nein ja

Bildgebung der letzten 12 Monate (CT, MRT, ⁶⁸Ga-PSMA PET/CT, FDG PET/CT, Skelett-Szintigraphie)

Aktuelle Medikation Hormontherapie: nein ja Chemotherapie nein ja
Weitere:

Allgemeines Befinden: [] Guter AZ Karnofsky-Index:%
[] Beschwerden:

Gewicht _____kg **Größe** _____cm

Harninkontinenz keine Vorlagen Dauerkatheter
Schmerzen keine gelegentlich Analgetika dauerhaft Analgetika nicht beherrschbar

aktuelle Laborwerte: Ery: _____Tpt/l Hb: _____ mmol/l Tz: _____Gpt/l
Leuko (ges): _____ Gpt/l Abs. Neutrophile: _____Gpt/l Krea: _____ µmol/l

Wir bitten um die Zusendung der aktuellen Befunde (Bildgebung, Labor, Arztbrief) per Fax (03641-9329808) u. ggf. des Bildmaterials (falls extern erfolgt) per Post.