

PROCAS - Arztfragebogen

Bitte senden Sie diesen Fragebogen im beigelegten Rückumschlag ausgefüllt an uns zurück.

Name, Vorname
Strasse, Nr.
PLZ, Wohnort

Geb.-Datum

{ID}

PROCAS

ID: _____

| | | |
|----|---|---|
| 1. | Heutiges Datum (Tag.Monat.Jahr): _____ . _____ . 20____ | |
| 2. | Wann wurde bei dem Patienten Prostatakrebs diagnostiziert? (Monat/Jahr) _____ . 20____ | |
| 3. | <p>Bitte geben Sie das Stadium zum Zeitpunkt der Erstdiagnose an:</p> <p><input type="radio"/> Lokal begrenztes Prostatakarzinom: T1-T2 N0M0</p> <p><input type="radio"/> Lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom: T3-T4 N0M0</p> <p><input type="radio"/> Metastasiertes Prostatakarzinom: T1-T4 und N1 und/oder M1</p> <p>Bitte geben Sie (wenn bekannt) das TNM Stadium zum Zeitpunkt der Erstdiagnose an:</p> <p>Klinisches TNM: cT__cN__cM__ Histopathologisches TNM: pT__pN__pM__</p> | |
| 4. | <p>Welche ist/sind die Initial nach der Erstdiagnose durchgeführte Behandlung(en)? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="radio"/> Radikale Prostatektomie (wenn ja, Nervenschonend?)</p> <p><input type="radio"/> Nervenschonend unilateral</p> <p><input type="radio"/> Nervenschonend bilateral</p> <p><input type="radio"/> Chemotherapie (wenn ja, welche(r) Wirkstoff(e))</p> <p><input type="radio"/> Docetaxel</p> <p><input type="radio"/> Cabazitaxal</p> <p><input type="radio"/> Andere</p> <p><input type="radio"/> Watchful Waiting</p> <p><input type="radio"/> Active Surveillance</p> <p><input type="radio"/> Perkutane Bestrahlungstherapie</p> <p><input type="radio"/> LDR - Brachytherapy</p> <p><input type="radio"/> Hormontherapie</p> <p><input type="radio"/> Fokussierte (Teil-)Behandl. der Prosta</p> <p><input type="radio"/> Cyberknife</p> <p><input type="radio"/> High Focused Ultrasound</p> <p><input type="radio"/> Andere: welche:</p> <p><input type="radio"/> Nein, keine</p> | |
| 5. | Fand im weiteren Verlauf eine diagnosespezifische (uroonkologische) ambulante oder stationäre Rehabilitations-Massnahme statt? | <input type="radio"/> Ja , ambulant <input type="radio"/> Ja , stationär <input type="radio"/> Nein, keine |
| 6. | Ist seit der Erstdiagnose ein Tumorrezidiv festgestellt worden? Wenn ja, welcher Art? (Mehrfachnennungen möglich) | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Lokalrezidiv <input type="radio"/> Fernmetastasen <input type="radio"/> Lymphknoten <input type="radio"/> sonstige: |
| 7. | <p>Wurden nach Abschluss der Initialbehandlung eine weitere Behandlung oder weitere Behandlungen durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)</p> <p><input type="radio"/> Radikale Prostatektomie (wenn ja, Nervenschonend?)</p> <p><input type="radio"/> Nervenschonend unilateral</p> <p><input type="radio"/> Nervenschonend bilateral</p> <p><input type="radio"/> Chemotherapie (wenn ja, welche(r) Wirkstoff(e))</p> <p><input type="radio"/> Docetaxel</p> <p><input type="radio"/> Cabazitaxal</p> <p><input type="radio"/> Andere</p> <p><input type="radio"/> Perkutane Bestrahlungstherapie</p> <p><input type="radio"/> LDR - Brachytherapy</p> <p><input type="radio"/> Hormontherapie</p> <p><input type="radio"/> Fokussierte (Teil-)Behandl. der Prosta</p> <p><input type="radio"/> Cyberknife</p> <p><input type="radio"/> High Focused Ultrasound</p> <p><input type="radio"/> Andere: welche:</p> <p><input type="radio"/> Nein, keine</p> | |
| 8. | Ist ein Zweittumor/Zweitkarzinom bekannt? Falls ja, welche Art und Jahr der Erstdiagnose? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Jahr _____ |

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!