



**Anmeldungsformular zur  
Praetherapeutischen Tumorkonferenz  
für Kooperationspartner**

(Erstdiagnose Prostata-NPL und Therapieplanung)

**Urologe:**

**Fax an:** 0511/9502352

**Kontakt PKZ:** ☎ 0511/950-2353

**E-Mail:** urologie@vinzenzkrankenhaus.de

**Tumordaten**

PSA

Prostatavolumen

 ml

Stanz-Histologie

Re	Li	Mi	..... von ..... positiv
----	----	----	-------------------------

GS

+	=
---	---

CT (cTNM)

(wenn inziert)

Knochenszintigramm cMb

(wenn inziert)

IPSS:

Miktionsverhältnisse: .....

Komorbidität: .....

**Therapievorschlag zur praetherapeutischen Tumorkonferenz:**

**Active surveillance**  **wait & see**

**RARP**  + LA  + nervesparing

**Brachytherapie**  LDR  + Teletherapie (45 Gy)

**Teletherapie**  + Hormonablatio ..... Monate

**Hormontherapie**  Ablatio (GnRH-Analoga)  + AA (MAB)

Antiandrogen mono mit Casodex 150 mg 1 x 1

Flutamid 250 mg 3 x 1

**Bemerkungen:**

.....  
.....