IPZ Gütersloh -

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

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

Fragestellung:

Diagnostik / Therapieempfehlung

....
Kompetenzzentrum Datum