



ANAMNESEBOGEN PROSTATA-MRT

Abteilung Kernspintomographie

Sehr geehrte Patient,
bei Ihnen ist eine MRT-Untersuchung der Prostata geplant. Zur sicheren Diagnostik benötigen wir von Ihnen einige Informationen. Bitte füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Bei Fragen wenden Sie sich an den betreuenden Arzt.

Name, Vorname, Geburtsdatum _____

Telefon für evtl. Rückfragen _____

Ist bei Ihnen schon früher eine MRT-Untersuchung der Prostata durchgeführt worden? ja nein

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern? ja nein

Wie ist Ihr aktueller PSA-Wert/Verlauf? _____

Gibt es in Ihrer Familie Prostata-Karzinom-Patienten? ja nein

Haben Sie ein bekanntes Prostata-Karzinom? ja nein

Wurden Sie bereits an der Prostata operiert? ja nein

Wurden Sie antihormonell therapiert bzw. bestrahlt? ja nein

Wurde die Prostata bereits biopsiert? ja nein

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Ergebnis: positiv (Tumor) negativ (gutartig)

Biopsie-Datum: _____

Anzahl der Stenzen: _____

Gleason Score: _____

Kontaktdaten Ihres behandelnden Urologen:

Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Ansprechpartner

Dr. med. Axel Just

Facharzt für Radiologie

Telefon: 0521 96453-0

Telefax: 0521 96453-99

E-Mail: just@diranuk.de

Rüdiger Steinbach

Facharzt für Diagnostische Radiologie

Telefon: 0521 96453-0

Telefax: 0521 96453-99

E-Mail: steinbach@diranuk.de

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Datum/Unterschrift