

Name, Vorname, Geburtsdatum:
zutreffendes bitte ankreuzen oder unterstreichen

Chemotherapie nach Erstoperation: ja nein unbekannt

Frauenheilkunde und Geburtshilfe · Ferdinand-Sauerbruch-Straße · 17475 Greifswald

Chemotherapie Schema:

insgesamt von _____ bis _____
Wie _____ viele _____ Zyklen:

Postoperative Strahlentherapie: perkutan: ja nein unbekannt Kontakt-Therapie: ja nein unbekannt

Postoperative Hormontherapie: Hormon: _____ von _____ bis _____

Rezidiv/Metastase: ja nein Histologisch gesichert: ja nein Nur für Karzinosarkome: als Karzinom Sarkom Karzinosarkom

Zeit ohne Rezidiv/ Metastase: nach Primäroperation _____ Jahre: _____ Monate:

Lokalisation: Becken Bauchhöhle Leber Lunge andere: _____

Therapie: nur Beobachtung für __ Monate Chemotherapie*1 Hormontherapie*2 Radiotherapie primäre Operation*3

*1Chemotherapie: Schema: _____ Zahl der Zyklen: _____

*2Hormontherapie: Welches Hormon: _____ wie lange: _____

*3Art der Operation:

Postoperative Chemotherapie: ja nein Schema: _____

Postoperative Radiotherapie: ja nein perkutan Kontakt- Therapie keine postoperative Therapie

komplette Remission partielle Remission stabile Erkrankung Progression

Progressionsfreies Intervall: _____

weitere(s) Rezidiv/ Metastase: ja nein

Zeit ohne erneute(s) Rezidiv/ Metastase: nach Primäroperation _____ Jahre: _____ Monate:

Lokalisation: Becken Bauchhöhle Leber Lunge andere: _____

Therapie: nur Beobachtung für __ Monate Chemotherapie*1 Hormontherapie*2 Radiotherapie primäre Operation*3

*1Chemotherapie: Schema: _____ Zahl der Zyklen: _____

*2Hormontherapie: Welches Hormon: _____ wie lange: _____

*3Art der Operation:

Postoperative Chemotherapie: ja nein Schema: _____

Postoperative Radiotherapie: ja nein perkutan Kontakt- Therapie keine postoperative Therapie

komplette Remission partielle Remission stabile Erkrankung Progression

Progressionsfreies Intervall: _____

Verstorben: ja nein Datum _____ **Ursache:** Tumor andere

Kommentar: