

**MALIGNE ENDOKRINE TUMOREN GPOH-MET-Register**

Studienleitung: PD Dr. P. Vorwerk, Universitätskinderklinik, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg,  
 Leipziger Straße 44, D-39120 Magdeburg, Tel.: (0391) 6724244, Fax: (0391) 67290044, gpoh-met@med.ovgu.de

**Jährliche Stuserhebung neuroendokriner Tumor (NET) der Appendix**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ (TT.MM.JJJJ)  
 ( 1=m, 2=w )  
 Pat.Nr. (Klinik) \_\_\_\_\_ Klinik (DKKR) \_\_\_\_\_ MaligID (DKKR) \_\_\_\_\_ GPOH-PID \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Datum der letzten Untersuchung:** \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| **letzte Meldung an Studienzentrale:** \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**Zustand des Patienten:**  beschwerdefrei  rezidivierende Beschwerden: \_\_\_\_\_

**Bildgebung:** un auffällig pathologisch Bemerkungen

<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> Sonografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> MRT		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> andere: _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Rezidiv / Metastasen:**

Nein  Ja Lokalrezidiv: Datum des Auftretens: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

Ja Fernmetastasen: Datum des Auftretens: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

wo: \_\_\_\_\_

Zweitremission:  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|  OP: Ja: bitte OP-Bericht!

**Zweittumor:**

Nein  Ja, wann: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Diagnose: \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

**Spätfolgen:**

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Laborwerte (nicht obligat):**

Nein  Ja, Datum der Abnahme: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

	normal	nicht sicher	pathologisch	nicht durchgeführt
5-HIAA i.U.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chromogranin A i.S.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei Verstorbenen:** Sterbedatum: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Autopsie:  Nein  Ja, Bitte Autopsiebefund!

**Todesursache:** \_\_\_\_\_

bedingt durch Primärtumor  bedingt durch Therapie  bedingt durch Rezidiv

bedingt durch Metastase  andere Todesursache  Tumorabhängigkeit nicht sicher abzuklären

**Nachsorge in anderer Klinik /Praxis:**  Nein  Ja, wo: \_\_\_\_\_

Aus der Betreuung verloren:  Nein  Ja Datum: \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| Grund: \_\_\_\_\_

**Bitte Epikrisen der Behandlungen des letzten Jahres beilegen!**

**Bemerkungen:**

Stempel

Datum

Unterschrift