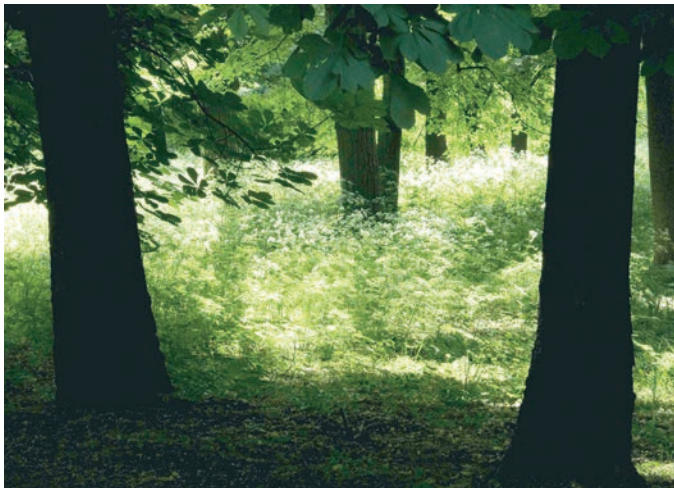


# Vorsorgepass – Prostata

---



 **APOGEPHA**

## Vorsorgepass – Prostata

---

### Patient

.....  
Name

.....  
Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Telefonnummer

### Warum sollten Sie Ihre Prostatakrebs-Vorsorgeuntersuchungen unbedingt regelmäßig in Anspruch nehmen?

Vorsorgeuntersuchungen dienen der frühestmöglichen Erkennung vorhandener Krankheiten. Die Hälfte aller Krebserkrankungen könnte verhindert bzw. frühzeitig erkannt und dadurch dauerhaft geheilt werden, wenn Risikofaktoren (z. B. Rauchen und falsche Ernährung) vermieden und Früherkennungsuntersuchungen regelmäßig wahrgenommen würden.

Obwohl beispielsweise alle gesetzlich versicherten Männer ab 45 Jahren Anspruch auf eine jährliche urologische Vorsorgeuntersuchung haben (DRU), nimmt bisher nur ca. jeder fünfte Mann diese sinnvolle und kostenlose Möglichkeit wahr.

Dieser Prostatakrebs-Vorsorgepass soll Sie und Ihren behandelnden Arzt dabei unterstützen, individuell angepasste Früherkennungsuntersuchungen in sinnvollen regelmäßigen Abständen durchzuführen – zum Schutz Ihrer Gesundheit.

Urologische Vorsorgeuntersuchungen.....	Seite	3-7
Weiterführende Untersuchungen.....	Seite	8
Therapie.....	Seite	9
Kontrolluntersuchungen.....	Seite	10-14
Eigene Notizen und Anmerkungen.....	Seite	15

### Urologische Vorsorgeuntersuchung

(mindestens 1 x jährlich empfohlen)

1. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI\*-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschalluntersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

2. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschalluntersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

\*SI = International standardisierte Einheit

### Urologische Vorsorgeuntersuchung

3. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschall-untersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

4. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschall-untersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

### Urologische Vorsorgeuntersuchung

5. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschall-untersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

6. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschall-untersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

### Urologische Vorsorgeuntersuchung

7. Datum: .....

**Durchgeführte Untersuchungen** **Befund**

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschalluntersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

8. Datum: .....

**Durchgeführte Untersuchungen** **Befund**

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschalluntersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

### Urologische Vorsorgeuntersuchung

9. Datum: .....

**Durchgeführte Untersuchungen** **Befund**

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschalluntersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

10. Datum: .....

**Durchgeführte Untersuchungen** **Befund**

- Anamnese .....
- Digitale Rektale Untersuchung (DRU) .....
- PSA-Wert  µg/l (SI-Einheit) .....  
 ng/ml (alte Einheit) .....
- Transrektale Ultraschalluntersuchung (TRUS) .....
- Sonstiges .....

**Weiterführende Untersuchungen**

**Befund**

- Biopsie  
Datum: \_\_\_\_\_
  
- Skelettszintigraphie  
Datum: \_\_\_\_\_
  
- Zusätzliche Untersuchungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnose:**

TNM-Klassifikation \_\_\_\_\_

Gleason-Score \_\_\_\_\_

**Therapie**

- Abwarten und Beobachten
  
- Operation
  
- Bestrahlung                    Art: \_\_\_\_\_
  
- Medikamentöse Therapie
  - Hormontherapie                     Chemotherapie
  - Wirkstoff: \_\_\_\_\_                    Dosierung: \_\_\_\_\_
  - \_\_\_\_\_                    Zeitraum: \_\_\_\_\_
  
- Andere (z. B. Kombinationen)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Die Kontrolluntersuchungen

richten sich nach der Art der Therapie. Wichtig ist, die Untersuchungen regelmäßig durchzuführen, um ein weiteres Fortschreiten der Erkrankung frühzeitig zu erkennen und gegebenenfalls eine Umstellung der Therapie zu erwägen.

1. Datum: \_\_\_\_\_

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) _____                 |  |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Untersuchung (z.B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)<br>Bestimmung des PSA-Wertes |  |
| <input type="checkbox"/> $\mu\text{g/l}$ (SI-Einheit) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> ng/ml (alte Einheit) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Mögliche weitere Untersuchungen _____   |  |

### Kontrolluntersuchung

2. Datum: \_\_\_\_\_

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) _____                 |  |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Untersuchung (z.B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)<br>Bestimmung des PSA-Wertes |  |
| <input type="checkbox"/> $\mu\text{g/l}$ (SI-Einheit) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> ng/ml (alte Einheit) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Mögliche weitere Untersuchungen _____   |  |

3. Datum: \_\_\_\_\_

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) _____                 |  |
| <input type="checkbox"/> Körperliche Untersuchung (z.B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)<br>Bestimmung des PSA-Wertes |  |
| <input type="checkbox"/> $\mu\text{g/l}$ (SI-Einheit) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> ng/ml (alte Einheit) _____  |  |
| <input type="checkbox"/> Mögliche weitere Untersuchungen _____   |  |

### Kontrolluntersuchung

4. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) .....
- Körperliche Untersuchung (z. B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)  
Bestimmung des PSA-Wertes
  - $\mu\text{g/l}$  (SI-Einheit) .....
  - ng/ml (alte Einheit) .....
- Mögliche weitere Untersuchungen .....

5. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) .....
- Körperliche Untersuchung (z. B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)  
Bestimmung des PSA-Wertes
  - $\mu\text{g/l}$  (SI-Einheit) .....
  - ng/ml (alte Einheit) .....
- Mögliche weitere Untersuchungen .....

### Kontrolluntersuchung

6. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) .....
- Körperliche Untersuchung (z. B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)  
Bestimmung des PSA-Wertes
  - $\mu\text{g/l}$  (SI-Einheit) .....
  - ng/ml (alte Einheit) .....
- Mögliche weitere Untersuchungen .....

7. Datum: .....

Durchgeführte Untersuchungen	Befund
------------------------------	--------

- Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) .....
- Körperliche Untersuchung (z. B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)  
Bestimmung des PSA-Wertes
  - $\mu\text{g/l}$  (SI-Einheit) .....
  - ng/ml (alte Einheit) .....
- Mögliche weitere Untersuchungen .....



**Kontrolluntersuchung**

8. Datum: .....

**Durchgeführte Untersuchungen**                      **Befund**

- Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) .....
- Körperliche Untersuchung (z. B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)  
Bestimmung des PSA-Wertes
  - µg/l (SI-Einheit) .....
  - ng/ml (alte Einheit) .....
- Mögliche weitere Untersuchungen .....

9. Datum: .....

**Durchgeführte Untersuchungen**                      **Befund**

- Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) .....
- Körperliche Untersuchung (z. B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)  
Bestimmung des PSA-Wertes
  - µg/l (SI-Einheit) .....
  - ng/ml (alte Einheit) .....
- Mögliche weitere Untersuchungen .....

**Kontrolluntersuchung**

10. Datum: .....

**Durchgeführte Untersuchungen**                      **Befund**

- Anamnese (z. B. Feststellung neuer oder veränderter bestehender Symptome) .....
- Körperliche Untersuchung (z. B. Hautkolorit, Gewichtsveränderungen)  
Bestimmung des PSA-Wertes
  - µg/l (SI-Einheit) .....
  - ng/ml (alte Einheit) .....
- Mögliche weitere Untersuchungen .....

## Vorsorgepass – Prostata

---

### Eigene Notizen und Anmerkungen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Mit freundlicher Empfehlung  
APOGEPHA Arzneimittel GmbH

# Vorsorgepass – Prostata

---



Art-Nr.: 92465 Vorsorgepass-Prostata 01-14

 **APOGEPHA**

APOGEPHA Arzneimittel GmbH  
Kyffhäuserstraße 27, 01309 Dresden  
Tel. 0351 3363-3, Fax 0351 3363-440  
info@apogepha.de, www.apogepha.de