

Persönliche Informationen

Datum

Name des Patienten
(Nachname, Vorname)

Geschlecht

weiblich

männlich

Geburtsdatum

Datum der Diagnose

Tel.-Nr.

E-Mail

1. Mein neuroendokriner Tumor wurde entdeckt bei: (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

zufällig (Routineuntersuchung, Klärung anderer Beschwerden)

aufgrund von Darm-/Gallenverschluss

NET-Symptome/Krebs-Syndrome

Andere

Teil 1: Diagnose

2. Ich habe einen neuroendokrinen Tumor (NET) und der Ort des Primär-Tumors ist:

<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Dünndarm	<input type="checkbox"/> Rektum (Enddarm)	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Dickdarm (proximal)
<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Blinddarm	<input type="checkbox"/> Phäochromozytom Paragangliom	<input type="checkbox"/> Bauchspeichel- drüse	<input type="checkbox"/> Dickdarm (distal)
<input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Andere			

3. Mein NET hat sich verbreitet (metastasiert) in: (alles Zutreffende bitte ankreuzen)

keine Metastasen zur Zeit

Lokalisation	Bei Diagnose	Progression/neu aufgetreten	Datum
<input type="checkbox"/> Leber			
<input type="checkbox"/> Knochen			
<input type="checkbox"/> Mesenterium (Falten des Bauchfells)			
<input type="checkbox"/> Peritoneum (Bauchfell)			
<input type="checkbox"/> Andere			

Teil 2: Pathologie - Funktion - Symptome

4. Mein Ki-67-Index ist % , laut Pathologie-Report vom

Datum

Geändert gegenüber früherer Biopsie?

Ja

Nein

N/A

5. Mein neuroendokriner Tumor ist: (Bitte in jeder Reihe ein Antwort auswählen)

Reihe 1	<input type="checkbox"/> gut differenziert	<input type="checkbox"/> schlecht differenziert	<input type="checkbox"/> nicht bekannt
Reihe 2	Grad 1 Mitotic-Index <2, Ki-67 0-2	Grad 2 Mitotic-Index 2-10, Ki-67 3-20	Grad 3 Mitotic-Index >10, Ki-67 >20
			<input type="checkbox"/> nicht bekannt

Teil 2: Pathologie - Funktion - Symptome (Fortsetzung)

6. Mein neuroendokriner Tumor ist:

(Bitte den aktuellsten Stand angeben)

aktiv (produziert Hormone) inaktiv weiß nicht

7. Ich habe folgende Symptome:

(Bitte alles ankreuzen, falls zutreffend)

Durchfall	Gewichtsverlust	Fatigue	Bauchkrämpfe	fühlbarer schneller Herzschlag
Atemnot/Asthma	Flush (Rötung der Haut)	Schmerzen	Kurzatmigkeit	Hoher Blutdruck
Blähungen	Andere			

8. Ich hatte Symptome für **Jahre** (falls zutreffend)

Teil 3: Bildgebende Verfahren und Diagnose

9. Ich hatte folgende bildgebende Untersuchungen und besitze eine CD und/oder einen Bericht: (falls zutreffend)

Art der Bildgebung	Datum/Zeitraum	CD	Bericht
MRT (die 3 aktuellsten)		–	
CT (die 3 aktuellsten)		–	
Octreotid-Scan		–	
DOTATATE-PET (Ga68 PET/CT oder Cu64 PET/CT)		–	
FDG-PET		–	
PET		–	
Echokardiogramm		–	
Darmspiegelung		–	
Magen-/Dünndarmspiegelung		–	
MIBG-Szintigrafie		–	
Kapsel-Endoskopie		–	
Andere		–	
Andere		–	

Teil 4: Labor

10. Ich hatte folgende Laboruntersuchungen und besitze darüber einen Bericht (falls zutreffend).
Bitte angeben, wenn auffällige Werte vorliegen.

Art der Laboruntersuchung	Datum/Zeitraum	Bericht
Vollständiges Blutbild		–
Basis-Stoffwechselprofil oder Komplettes Stoffwechselprofil		–
Chromogranin A (CgA)		–
Serotonin		–
5-HIES Urin Plasma		–
Plasma (Blut) Metanephrin und/oder 24-Stunden-Urin		–
Pankreastatin		–
NSE		–
Hb A1c		–
Andere		–
Andere		–
Andere		–

Teil 5: Operationen und Behandlungen

Art der Operation	Datum	Lokalisation	Arzt	Bericht
-------------------	-------	--------------	------	---------

11. Operative Entfernung des Primärtumors: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Dünndarm

Bauchspeicheldrüse

Lunge

Nebenniere

Andere

12. Operative Entfernung der Metastasen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Leber

Milz

Lunge

Andere

Art der Operation/Behandlung	Datum	Lokalisation	Arzt	Bericht
------------------------------	-------	--------------	------	---------

13. Andere Operationen:

Gallenblasen-Entfernung
(Cholezystektomie)

Andere

Andere

14. Auf die Leber bezogene Behandlungen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Ablation (Radiofrequenz, Mikrowelle
oder andere Verfahren)

Mikroembolisation (TAE)

Chemoembolisation (TACE)

Andere

Andere

15. Somatostatin-Analoga (SSA) und andere: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Art der Behandlung	Dosis	Häufigkeit	Datum erste Dosis	Datum letzte Dosis
--------------------	-------	------------	-------------------	--------------------

Sandostatin LAR
(Octreotid langwirksam)

Sandostatin
(Octreotid kurzwirksam)

Somatuline Autogel (Lanreotid)

Xermelo (Telotristatethyl)

16. Chemotherapie / biologisch gezielt / Immuntherapie, einschließlich klinischer Studien/ PRRT (Peptid-Rezeptor-Radionuklidtherapie): (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Art der Therapie	Dosis/Häufigkeit	Datum (Start)	Datum (Ende)	Arzt
------------------	------------------	---------------	--------------	------

Xeloda (Capecitabin) —

Temodar (Temozolomid) —

CAPTEM (Capecitabin +
Temozolomid) —

Afinitor (Everolimus) —

Sutent (Sunitinib) —

Cisplatin/Etoposid —

PRRT —

Andere —

Andere —

Teil 6: Zusätzliche Informationen

17. Ich bin Diabetiker:

Typ I
 Prädiabetes
 Typ II
 Ich bin kein Diabetiker

Hinweise zum Diabetes (einschließlich spezieller Diät, Medikamenteneinnahme, Insulingabe, behandelnder Arzt)

18. Allergien (Medikamente/Nahrungsmittel):

19. Familien-Anamnese (Krebs und/oder seltene Erkrankungen)

20. Ich habe mich genetisch testen lassen:

ja
 nein
 weiß es nicht
 Mutation(en) gefunden

21. Ergänzende Medikamente (einschließlich Vitamine, Verdauungsenzyme):

22. Aktuell behandelnder Arzt (einschließlich Namen, Klinik/Praxis, Tel.-Nummer)

Hausarzt: Weitere Ärzte (z. B. Endokrinologie, Kardiologie)

Onkologie:

Chirurgie:

Nuklearmedizin:

23. Soziales Umfeld:

Personen im Haushalt
 Beschäftigungsverhältnis:
 Vollzeit
 Teilzeit
 im Ruhestand
 Grad der Behinderung

Wurde die Beschäftigung durch Diagnose beeinträchtigt?

Notizen/Fragen an meinen Arzt: