



14. Rezidivlokalisierung: (nur bei Rezidiv – Operation ausfüllen!)			
ipsilaterales Ovar	<input type="checkbox"/>	kontralaterales Ovar	<input type="checkbox"/>
Peritoneum: Douglas	<input type="checkbox"/>	Lymphknoten: pelvin	<input type="checkbox"/>
Parakolisch	<input type="checkbox"/>	paraaortal	<input type="checkbox"/>
Zwerchfell	<input type="checkbox"/>	Bauchdecke:	<input type="checkbox"/>
Omentum majus	<input type="checkbox"/>	sonstige Lokalisation:	_____
Bursa / Omentum minus	<input type="checkbox"/>		
15. Adjuvante Therapie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Therapie bei Rezidiv: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Chemotherapie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Carboplatin:	<input type="checkbox"/>
Zyklen:_____		Paclitaxel	<input type="checkbox"/>
von:_____		Cisplatin	<input type="checkbox"/>
bis:_____		Docetaxel	<input type="checkbox"/>
		PLD	<input type="checkbox"/>
		Topotecan	<input type="checkbox"/>
		Gemcitabine	<input type="checkbox"/>
		Treosulfan	<input type="checkbox"/>
		Tamoxifen	<input type="checkbox"/>
		MPA	<input type="checkbox"/>
		Sonstige:_____	Cyclophosphamid <input type="checkbox"/>
Antikörper/Targeted Therapie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Substanz:_____	
Bestrahlung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Region:_____	Gesamtdosis: ___Gy
Second-look OP: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Datum: _____	
Tumornachweis: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bei ja, bitte als Rezidiv dokumentieren)			
16. Schwangerschaften vor BOT-Diagnose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bei nein -> 18)			
Schwangerschaft:	spontan <input type="checkbox"/>	Stimulation <input type="checkbox"/>	IVF / ICSI <input type="checkbox"/>
Geburt in ___ SSW	Geburtsmodus: Spontan <input type="checkbox"/>	VE/Forceps <input type="checkbox"/>	Sectio <input type="checkbox"/>
17. Schwangerschaften nach BOT-Therapieabschluss: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bei nein -> 18)			
Schwangerschaft:	spontan <input type="checkbox"/>	Stimulation <input type="checkbox"/>	IVF / ICSI <input type="checkbox"/>
Geburt in ___ SSW	Geburtsmodus: Spontan <input type="checkbox"/>	VE/Forceps <input type="checkbox"/>	Sectio <input type="checkbox"/>
Komplettierungs-OP nach Abschluss der Kinderwunschbehandlung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Datum der OP: _____			
Entfernung Rest-Adnex(e): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Hysterektomie: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Nachweis von BOT: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> (bei ja - > als Rezidiv dokumentieren)			
18. Datum des letztes Kontaktes: _____			
19. Patientin: lebt <input type="checkbox"/> verstorben <input type="checkbox"/> Todesdatum:_____			
lebt: mit Erkrankung	<input type="checkbox"/>	verstorben an: Erkrankung	<input type="checkbox"/>
ohne Erkrankung	<input type="checkbox"/>	sonstiges	<input type="checkbox"/>
unbekannt (bzgl. BOT)	<input type="checkbox"/>	unbekannt	<input type="checkbox"/>
Datum _____ Unterschrift _____			

BOT-Register v. 3.2