

Tumorkonferenz vom: \_\_\_\_\_ Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

Name, Vorname Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Abteilung und Station: \_\_\_\_\_ MVZ-Dr. Welslau

**Kopie Therapieempfehlung an:**  
Hausarzt und / oder  
mitbehandelnden Facharzt  
*- bitte vollständige Adresse angeben!*

**Bilderdemo:**  ja  nein **ECOG:** (Leistungsstatus von 0 - 5 eintragen!)

**Vorstellung:**  präoperativ  postoperativ **Primärfall:**  ja  nein

**Studienteilnahme**  ja  nein **Psychoonkologie:**

**ASV möglich:**  ja

Aktuelle Diagnose: \_\_\_\_\_ Datum Erstdiagnose: \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

**Ergebnis Tumorkonferenz** (auszufüllen bei der Tumorkonferenz !)

Tumorstadium und Klassifikation:

UICC-Stadium: I  II  III  IV

Tumorklassifikation: (c + p-Klassifikation)

T  N  M  G  L  V  R   
( / )

**Therapieempfehlung** (Begründung, Leitlinienabweichung; ggf. Kommentierung Patientenablehnung, ...):

**Abweichung vom Primärempfehlung:**  ja

**Vorstellender Arzt:**  
*mit Angabe der Rufnummer:*

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Leiter Tumorkonferenz