

Tumorkonferenz vom: _____ **Datum der Anmeldung:** _____

Name, Vorname Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Patientennummer: _____

Krankenkasse: _____

Abteilung und Station: _____

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:	☐	
Letzte CHT am:					

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

Tumorkonferenz vom: _____		Datum der Anmeldung: _____	
Name, Vorname Patient: _____		Geburtsdatum: _____	Alter: _____

Veto:	Name:
Begründung:	
Datum	Leiter Tumorkonferenz

Tumorkonferenz vom: _____	Datum der Anmeldung: _____
Name, Vorname Patient: _____	Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Untersuchung: (bitte Untersuchungsdatum ergänzen)

Zusammenfassender Befund:

Endoskopie vom :
Polypektomie vom :
Starre Rektoskopie vom :

Ausbreitungsdiagnostik: (bitte Untersuchungsdatum ergänzen)

Zusammenfassender Befund:

Endosonographie vom :
Sonographie vom :
Röntgen-Thorax vom :
CT- (Angabe Bereich) vom :
MRT- (Angabe Bereich) vom :
Labor (inkl. Tumormarker) vom :
Sonstige Untersuchungen:

Tumorkonferenz vom: _____ **Datum der Anmeldung:** _____

Name, Vorname Patient: _____ Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Bisherige Therapie:

(bitte Therapiedatum /Zeitraum ergänzen)

Neoadjuvante Radio-Chemotherapie:	
Operation:	
Adjuvante Chemotherapie:	
Adjuvante Strahlentherapie:	
Palliative Chemotherapie:	

Histologie präoperativ:

Tumortyp: _____

Klassifikation: c u T N M G L V R

Anmerkungen zur Histologie :

Histologie postop:

Tumortyp: _____

Klassifikation: p T N M G L V R

Befallene / entfernte Lymphknoten: Resektionsrand: Min. Max.

Anmerkungen zur Histologie :