

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

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

Abteilung und Station: \_\_\_\_\_

**Kopie Therapieempfehlung an:** \_\_\_\_\_

Hausarzt und / oder  
mitbehandelnden Facharzt

– bitte vollständige Adresse angeben!

|                    |                                                           |                                                     |       |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|
| <b>Bilderdemo:</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <b>ECOG:</b> (Leistungsstatus von 0 - 5 eintragen!) | _____ |
|--------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------|

|                         |                                                                            |                         |                                                           |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Vorstellung:</b>     | <input type="checkbox"/> präoperativ <input type="checkbox"/> postoperativ | <b>Primärfall:</b>      | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Studienteilnahme</b> | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                  | <b>Psychoonkologie:</b> | <input type="checkbox"/>                                  |

|                           |       |                            |       |
|---------------------------|-------|----------------------------|-------|
| <b>Aktuelle Diagnose:</b> | _____ | <b>Datum Erstdiagnose:</b> | _____ |
|                           |       |                            |       |
| <b>Fragestellung:</b>     | _____ |                            |       |

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

|                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|---|----------------------|
| <b>Tumorstadium und Klassifikation:</b>                                                                   |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |
| UICC-Stadium:                                                                                             | I                        | II                       | III                      | IV                       |                      |   |                      |
|                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |   |                      |
| <b>Tumorklassifikation: (c + p-Klassifikation)</b>                                                        |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |
| T                                                                                                         | <input type="text"/>     | N                        | <input type="text"/>     | M                        | <input type="text"/> | G | <input type="text"/> |
|                                                                                                           | (                        | /                        | )                        |                          |                      | L | <input type="text"/> |
|                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                      | V | <input type="text"/> |
|                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                      | R | <input type="text"/> |
| WHO Klassifikation: _____                                                                                 |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |
| <b>Therapieempfehlung</b> (Begründung, Leitlinienabweichung; ggf. Kommentierung Patientenablehnung, ...): |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |
|                                                                                                           |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |
| <b>Abweichung vom Primärempfehlung:</b> <input type="checkbox"/> ja                                       |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |
| <b>Vorstellender Arzt:</b>                                                                                |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |
| mit Angabe der Rufnummer: _____                                                                           |                          |                          |                          |                          |                      |   |                      |

Datum

Leiter Tumorkonferenz

|                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Tumorkonferenz vom:</b> _____ | <b>Datum der Anmeldung:</b> _____ |
| Name, Vorname Patient: _____     | Geburtsdatum: _____ Alter: _____  |

|             |                       |
|-------------|-----------------------|
| Veto:       | Name:                 |
| Begründung: |                       |
|             |                       |
| Datum       | Leiter Tumorkonferenz |

|                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Tumorkonferenz vom:</b> _____ | <b>Datum der Anmeldung:</b> _____ |
| Name, Vorname Patient: _____     | Geburtsdatum: _____               |
| Alter: _____                     |                                   |

**Ausbreitungsdiagnostik:** (bitte Untersuchungsdatum ergänzen)

**Zusammenfassender Befund:**

|                                               |
|-----------------------------------------------|
| <b><u>Endosonographie vom :</u></b>           |
| <b><u>Sonographie vom :</u></b>               |
| <b><u>Röntgen-Thorax vom :</u></b>            |
| <b><u>CT- (Angabe Bereich) vom :</u></b>      |
| <b><u>MRT- (Angabe Bereich) vom :</u></b>     |
| <b><u>Labor (inkl. Tumormarker) vom :</u></b> |
| <b><u>Sonstige Untersuchungen:</u></b>        |

|                                  |  |                                   |
|----------------------------------|--|-----------------------------------|
| <b>Tumorkonferenz vom:</b> _____ |  | <b>Datum der Anmeldung:</b> _____ |
| Name, Vorname Patient: _____     |  | Geburtsdatum: _____ Alter: _____  |

## Bisherige Therapie:

(bitte Therapiedatum /Zeitraum ergänzen)

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

## Histologie prä- oder postoperativ:

Tumortyp:

Klassifikation: p T  N  M  G  L  V  R

Befallene / entfernte Lymphknoten:  Resektionsrand: Min.  Max.

Anmerkungen zur Histologie :