

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!

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

Vorstellung:	<input type="checkbox"/> präoperativ	<input type="checkbox"/> postoperativ	Primärfall:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Studienteilnahme:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Psychoonkologie:	<input type="checkbox"/>	
ASV möglich:	<input type="checkbox"/> 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

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 :