

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

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

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

Lymphom     
  MDS     
  Leukämie     
  Sonstiges

<b>Bilderdemo:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>ECOG:</b> (Leistungsstatus von 0 - 5 eintragen!)
<b>Ann Arbor:</b>	(zwingend anzugeben!!!)	<b>Risiko-Score:</b>
Primärfall:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum Erstdiagnose:
Studienteilnahme:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Psychoonkologie: <input type="checkbox"/>
ASV möglich:	<input type="checkbox"/> ja	

**Aktuelle Diagnose:**

\_\_\_\_\_

**Fragestellung:**

\_\_\_\_\_

## Ergebnis Tumorkonferenz

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

\_\_\_\_\_

**Abweichung vom Primärempfehlung:**  ja

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

_____	_____
Datum	Leiter Tumorkonferenz

Veto:	Name:
Begründung:	

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

**Untersuchung:** (bitte immer Untersuchungsdatum angeben)

**Endoskopische Untersuchungen:**

**Ausbreitungsdiagnostik:** (bitte immer Untersuchungsdatum angeben)

**Radiologische Untersuchungen:**

**Labor:**

**Sonstige Untersuchungen:**

<b>Histologie:</b>	<input type="checkbox"/> KM	<input type="checkbox"/> peripher
--------------------	-----------------------------	-----------------------------------

<b>Zytologie:</b>	
<b>Zytogenetik:</b>	
<b>Immunphänotypisierung:</b>	
<b>Molekulargenetik:</b>	
<b>FACS:</b>	

Tumortyp:

Anmerkungen zur Histologie :