

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

für Mittwoch, ,16:10 Uhr

Patienten – Daten Initialen

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Externer Anmelder:

Verantwortlicher Arzt:

Telefon:

**Anmeldung bitte bis spätestens dienstags, 17:00
Uhr an Tumordokumentation EV.Stift, unter:**

Tel.: 0261-137 7665

Fax.: 0261-137 1991

E-Mail: Tumordokumentation.ST@gk.de

Einverständniserklärung des Patienten liegt vor

**(Ohne Einverständniserklärung keine Anmeldung und
Ausdruck möglich)**

1. Diagnose mit Diagnosedatum:

2. ICD 10:

3. Nebendiagnose (therapierelevant):

prätherapeutisch postoperativ posttherapeutisch

4. TNM

5. Histologie

6. ECOG Stadium:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Normale Leistungsfähigkeit | 0 |
| <input type="checkbox"/> Ambulante Betreuung, leichte Arbeiten möglich | 1 |
| <input type="checkbox"/> Weniger als 50% am Tage bettlägerig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig | 2 |
| <input type="checkbox"/> Mehr als 50% am Tage bettlägerig, begrenzte Selbstversorgung noch möglich | 3 |
| <input type="checkbox"/> Ständig bettlägerig | 4 |

7.Relevante Befunde:

9. Bisherige Therapie:

10. Fragestellung:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> neoadjuvante Chemotherapie | <input type="checkbox"/> kurative Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Operation im kurativen Ansatz |
| <input type="checkbox"/> neoadjuvante Radio-Chemotherapie | <input type="checkbox"/> kurative Radio-Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Operation im palliativen Ansatz |
| <input type="checkbox"/> adjuvante Chemotherapie | <input type="checkbox"/> palliative Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Nachsorge |
| <input type="checkbox"/> adjuvante Radio-Chemotherapie | <input type="checkbox"/> palliative Radiatio | <input type="checkbox"/> keine spezifische Tumorthherapie |