

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

für Donnerstag, ,16:00 Uhr

Patienten - Daten

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Externer Anmelder:

Verantwortlicher Arzt:

Telefon:

Anmeldung bitte bis spätestens mittwochs, 17:00 Uhr an die Leitstelle des Tumorzentrums, unter:

Tel.: 0261/499 1400

Fax.: 0261/ 499 2350

E-Mail: tumorzentrum-leitstelle@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 |

Folgende Kliniken werden gebeten, an der Fallbesprechung zusätzlich teilzunehmen (bitte ankreuzen)

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Unfallchirurgie/Orthopädie | <input type="checkbox"/> Pädiatrie |
| <input type="checkbox"/> Anästhesie | <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Schmerztherapie | |