

# Anmeldeformular für das Gastrointestinale Tumorboard (GIT)

Boardärztin: FOÄ Dr. med. Angelika Kestler

## WICHTIG:

Eine Boardanmeldung kann nur bei **vollständiger** Einreichung aller Unterlagen erfolgen

<b>Angaben zum Patienten</b> Name, Vorname: _____ Geschlecht: weiblich männlich divers Geburtsdatum: _____ Patient befindet sich zur Zeit auf/in: _____	
<b>Angaben zum meldenden Arzt</b> Name des Arztes: _____ Telefonnummer: _____ Station/Abteilung/Praxis: _____ .....kommt zur Boardvorstellung: ja nein Klinikerzt Niedergelassener Arzt	<b>Meldung für Tumorkonferenz</b> Termin: _____ Das GIT-Board findet statt: Wöchentlich dienstags, 14:00 Uhr im CCCU, Medizinische Klinik, Raum 4106 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"><b>Externe Anmeldungen bis spätestens Freitag, 12 Uhr!</b></div>
<b>Medizinische Daten</b> Es handelt sich um ein(e): Erstdiagnose Progression Rezidiv Verlauf V.a. Progression V.a. Rezidiv Anmeldediagnose/ICD-10: _____ Erstdiagnosedatum: _____ ECOG (aktuell): 0 1 2 3 4 Histologie: _____ Lokalisation: _____ TNM-Stadium: _____ Fernmetastasen: _____ Grading: _____ Molekularpathologie: <input type="checkbox"/> MSS/MSI <input type="checkbox"/> weitere Ergebnisse Molekularpathologie (Material/Fusion): _____ Pos. Familienanamnese: ja, Verwandtschaftsgrad und Diagnose: _____ nein unbekannt Relevante Nebendiagnosen: _____ Therapie (Chirurgie/Strahlentherapie/Chemotherapie) und Verlauf (stichwortartig mit Zeitangaben)  Konkrete Fragestellung:  <input type="checkbox"/> Einverständniserklärung des Patienten zur Tumorboardvorstellung Broad Consent liegt vor: ja nein wird eingeholt Vorstellung zur Einleitung erweiterter molekulargen. Diagnostik Vorstellung mit aktueller molekulargen. Diagnostik	
<b>Für die Anmeldung zwingend erforderliche Dokumente (Ohne diese Informationen wird Patient nicht vorgestellt!)</b> Aktueller Arztbrief (inkl. alle erfolgten Therapien) Histologie (Erstdiagnose oder Verlauf) bei Vorstellung zur Therapieevaluation Bildgebung CD/ DVD per Post Telerradiologisch	<b>Arztstempel, Unterschrift</b>   Datum

Daten Geschäftsstelle CCCU: Tel: 0731 500-56056 / Fax: 0731 500-56055 / E-Mail: sekr.cccu@uniklinik-ulm.de