

# Anmeldeformular für das Interdisziplinäre postoperative Brust Tumorboard (IBK-postop)

Boardärztin: Dr. med. Visnja Fink

**WICHTIG:**

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

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Angaben zum Patienten</b></p> <p>Name, Vorname:</p> <p>Geschlecht: weiblich männlich divers</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Patient befindet sich zur Zeit auf/in:</p>   |  |
| <p><b>Angaben zum meldenden Arzt</b></p> <p>Name des Arztes:</p> <p>Telefonnummer:</p> <p>Station/Abteilung/Praxis:</p> <p>.....kommt zur Boardvorstellung: ja nein</p> <p>Klinikarzt Niedergelassener Arzt</p>  | <p><b>Meldung für Tumorkonferenz</b></p> <p>Termin:</p> <p>Das IBK-post-Board findet statt:<br/>Wöchentlich donnerstags, 14:00 Uhr<br/>Michelsberg, Frauenklinik, Besprechungsraum<br/>"Einstein" UG, Raum 1.10</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #cccccc; padding: 2px; text-align: center; font-weight: bold;">             Externe Anmeldungen bis spätestens<br/>Mittwoch, 11 Uhr!         </div> |
| <p><b>Medizinische Daten</b></p> <p>Es handelt sich um ein(e): Erstdiagnose Progression Rezidiv Verlauf V.a. Progression V.a. Rezidiv</p> <p>Anmeldediagnose/ICD-10:</p> <p>Erstdiagnosedatum: ECOG (aktuell): 0 1 2 3 4</p> <p>Histologie: Lokalisation:</p> <p>TNM-Stadium: Fernmetastasen: Grading:</p> <p>genetische Testung: PDL1 Testung:</p> <p>Anamnese:</p> <p>Familienanamnese: ja, Verwandtschaftsgrad und Diagnose:<br/>nein unbekannt</p> <p>Relevante Nebendiagnosen</p> <p>Therapie (Chirurgie/Strahlentherapie/Chemotherapie) und Verlauf (stichwortartig mit Zeitangaben)</p> <p>Konkrete Fragestellung:</p> <p>Einverständniserklärung des Patienten zur Tumorboardvorstellung Broad Consent liegt vor: ja nein wird eingeholt</p> |  |
| <p><b>Für die Anmeldung zwingend erforderliche Dokumente (Ohne diese Informationen wird Patient nicht vorgestellt!)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aktueller Arztbrief (inkl. alle erfolgten Therapien) <span style="float:right">Bildgebung CD/ DVD per Post<br/>Teleradiologisch</span></p> <p><input type="checkbox"/> Histologie (Erstdiagnose oder Verlauf) bei Vorstellung zur Therapieevaluation</p> <p>Datum</p>  |  |

**Daten Geschäftsstelle CCCU: Tel: 0731 500-56056 / Fax: 0731 500-1256055 / E-Mail: sekr.ccu@uniklinik-ulm.de**