

Meldeformular für Tumor-Konferenz



Tel: 0731/500 - 56 056 Fax: 0731/500 - 12 56 055

Board _____	Boardtermin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<u>Angaben zum Patienten</u>	
Nachname _____	Vorname _____
Geburtsdatum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Anmeldender Arzt _____	Tel.Nr. _____
<input type="radio"/> Klinikarzt	<input type="radio"/> Niedergelassener Arzt
....kommt zur Boardvorstellung <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Patientenanfrage <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zweitmeinung <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Brief nachrichtlich an: externen Anmelder <input type="radio"/> ja _____ _____	

Fall für NEURO oder URO-Prostata Prätherapeutische Konferenz Posttherapeutische Konferenz

Patient befindet sich zur Zeit _____
Erstdiagnosedatum <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Anmeldediagnose _____
Es handelt sich um ein(e) <input type="radio"/> Erstdiagnose <input type="radio"/> Progression <input type="radio"/> Rezidiv <input type="radio"/> Verlauf <input type="radio"/> V.a. Progression <input type="radio"/> V.a. Rezidiv
Diag.-Sicherungsverf. <input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> Klinisch <input type="radio"/> Histologisch <input type="radio"/> Zytologisch
Tumor vorbehandelt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Pos. Familienanamnese (kolorektal) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> unbekannt
Sonstiges _____ (TNM, Grading, Klassifikation, Fernmetastasen, Funktionswerte, usw.) _____

Nebendiagnosen _____

ECOG (aktuell) 0 1 2 3 4

Anamnese _____ _____
Konkrete Fragestellung _____ _____

Bildgebung CD/DVD per Post Teleradiologisch Keine Bildgebung

Datum _____ Unterschrift _____