

# Anmeldung zur interdisziplinären Tumorkonferenz

Name \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

ICD-10 \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Datum Erstdiagnose \_\_\_\_\_

### Art der Vorstellung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Erstvorstellung   | <input type="checkbox"/> Zweitmeinungspatient                      |
| <input type="checkbox"/> Wiedervorstellung | <input type="checkbox"/> Nicht durchgeführt, da Patient verstorben |

### Aktuelles Tumorgeschehen

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primärtumor                      | <input type="checkbox"/> Neu aufgetretenes Rezidiv/ Lokalrezidiv |
| <input type="checkbox"/> Residualtumor                    | <input type="checkbox"/> (bestehendes) Rezidiv/ Lokalrezidiv     |
| <input type="checkbox"/> Neu aufgetretenen Fernmetastasen | <input type="checkbox"/> Unklares Tumorgeschehen                 |
| <input type="checkbox"/> (bestehende) Fernmetastasen      | <input type="checkbox"/> LK-Metastase                            |
| <input type="checkbox"/> Zweitkarzinom                    | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____                         |

### Konferenzart

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> prä-therapeutisch (inkl. Prä-OP, Prä-Interventionell) | <input type="checkbox"/> post-therapeutisch (inkl. Post-Interventionell) |
| <input type="checkbox"/> post-operativ   | <input type="checkbox"/> multimodal nach Induktion                       |
| <input type="checkbox"/> post-diagnostisch                                     | <input type="checkbox"/> unter Therapie                                  |

### Bildgebung

- |                                     |                                     |  |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> CT-Thorax  | <input type="checkbox"/> PET-CT     | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> MRT-Kopf   | <input type="checkbox"/> CT-Schädel | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> CT-Abdomen |                                     |  |

### Bildübermittlung

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bilder auf CD an Sekretariat verschickt | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Bilder über Datenleitung eingespielt    |  |

Konferenzdatum: \_\_\_\_\_

Vorstellung am: \_\_\_\_\_

Bisheriger Verlauf: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_