

TUMORKONFERENZANMELDUNG

Allgemeine Tumorkonferenz

Neuro-onkologische Tumorkonferenz

Gynäko-onkologische Tumorkonferenz

Uro-onkologische Tumorkonferenz

Patient

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Zuweiser

Name: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Diagnose: (TNM Klassifikation/Histologie): _____

Bisherig durchgeführtes Staging: _____

Komorbiditäten: _____

Bisherige Therapie bzw. relevante Befunde (falls kein zusammenfassender Arztbrief vorliegt – Chemotherapie/Strahlentherapie ect.):

Bildgebung (CD ROM – schriftlicher Befund notwendig): CT MRT Röntgen keine Bildgebung

Fragestellung an den Radiologen: _____

Fragestellung an die Tumorkonferenz: _____

Meldung des Tumorkonferenzbeschlusses an:

Zuweiser

Hausarzt

Patient

Schriftlich/Fax: _____

Telefonisch: _____

Notiz Telefonat vom: _____

Allgemeinzustand (ECOQ-Status)

0 – normale körperliche Aktivität

1 – leichte körperliche Arbeit

2 – gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig

3 – nur bedingt Selbstversorgung möglich

4 – völlig pflegebedürftig

Der von mir zur Tumorkonferenz gemeldete Patient wurde von mir über Zweck und Teilnehmerkreis der Tumorkonferenz aufgeklärt. Die Beschlüsse der Tumorkonferenz haben empfehlenden Charakter und entbinden den primär behandelnden Arzt nicht von der Haftung.

Unterschrift Zuweiser