|  | Name, Vorname Patient: |       |
| --- | --- | --- |
|  | Geburtsdatum Patient: |       |
|  | Name anmeldender Arzt: |       |
|  | Telefonnummer anmeldender Arzt: |       |
|  | E-Mail-Adresse anmeldender Arzt: |       |
|  | Anmeldedatum: |       |
|  | Geburtsdatum Patient: |       |
| Angaben bitte durch den anmeldenden Arzt ausfüllen! | gewünschtes Vorstellungsdatum: |       |
|  |
| Stadieneinteilung z.B. TNM:  |       |
| Karnofsky-Index: |       |
| Therapiestatus: | prätherapeutisch: [ ]  | posttherapeutisch: [ ]  | Therapieänderung: [ ]  |
|  |
| Die Einwilligung des Patienten zur Vorstellung in der Konferenz liegt in der Praxis unterschrieben vor. |
|  |
| Diagnose: |
|       |
|  |
| Histologie: |
|       |
|  |
| Bisherige Therapie: |
|       |
|  |
| Relevante Befunde (Kurzzusammenfassung): |
|       |
|  |
| Fragestellung: |
|       |
|  |
| Therapievorschlag: |
|       |
|  |  |
| Bitte telefonische Kontaktaufnahme mit der Dokumentationsassistenz OZ unter 0961 / 30 31 33 15 zwecks Übermittlung per verschlüsselter E-Mail! |
| Angaben erfolgen während der Vorstellung in der Tumorkonferenz durch das Zentrum: |
| Vorstellungsdatum: |  |  |
|  |
| Votum der Tumorkonferenz: |
|  |
|  |
|  |
|  |  |
| Leiter Onkologisches Zentrum / Leiter Organkrebszentrum |  |