

# Tumorkonferenz

Zur Anmeldung einer Patientin/eines Patienten zur Tumorkonferenz füllen Sie das Dokument bitte aus und **faxen** Sie es an die **089-7207 108**.

## Tumorkonferenz vom:

Anmeldung: Datum:

Arzt:

Vorstellung:  präoperativ  postoperativ

Primärfall:  ja  nein

Patient	Name, Vorname											
	Geburts-Datum	Alter (J.):		Größe (cm):		Gewicht (kg):						
	Familien-Anamnese							Bethesda:	<input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv			
	Performance Status	<b>Karnofsky:</b> 100% <small>guter AZ</small> 80% <small>leicht reduzierter AZ</small> 60% <small>reduzierter AZ</small> 40% <small>stark reduzierter AZ</small> 20% <small>schwer kranker Patient</small> <b>ECOG:</b> 0 <small>arbeitsfähig Normalzustand</small> 1 <small>bedingt arbeitsfähig Selbstversorger</small> 2 <small>nicht arbeitsfähig benötigt Hilfe</small> 3 <small>pflegebedürftig (ambulant) &gt;50% bettlägerig</small> 4 <small>pflegebedürftig (stationär) 100% bettlägerig</small>										
	Krankenhaus / Praxis	<input type="checkbox"/> MTK <input type="checkbox"/> Augustin. <input type="checkbox"/> EDZ <input type="checkbox"/> NWB <input type="checkbox"/> Burlefinger <input type="checkbox"/> Czekalla <input type="checkbox"/> Hoppe <input type="checkbox"/> externe Praxis:										
	Kooperierende Ärzte											

Anamnese	Erstdiagnose Datum:			Stadium ED:		
	Anamnese					
Diagnose	Diagnose					
	Begleiterkrankungen (Allergien/Antikoagulation)	1.			3.	4.
Therapie	Operation Datum:					
	post OP-Verlauf	<input type="checkbox"/> komplikationslos <input type="checkbox"/> gute Stomafunktion		<input type="checkbox"/> Komplikation:		
	weitere Therapie Datum:	<input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiatio <input type="checkbox"/> neoadj. <input type="checkbox"/> adjuvant <input type="checkbox"/> palliativ				

Diagnostik (Staging)	Koloskopie Datum:					
	CT Thorax/Abdomen Datum:					
	PET-CT Datum:					
	MRT Becken Datum:					CRM: (in cm)
	Rektoskopie Datum:					
	Endo-Sonographie Datum:					
	weitere Untersuch. Datum:					
	Tumor-Marker	CEA (NW < 3,0 ng/ml)			CA 19-9 (NW < 37 U/ml)	weitere

Histo	Tumor-Typ	<input type="checkbox"/> Adeno-Ca <input type="checkbox"/> Plattenepithel-Ca <input type="checkbox"/> NOS <input type="checkbox"/> medullär <input type="checkbox"/> Siegelring									
	TNM-Klassifikation	T	N	M	L	V	G	R	UICC		
	Lymphknoten	Lk befallen:			Lk entfernt:			Resektionsrand:			
	Immunhisto	<input type="checkbox"/> MSS <input type="checkbox"/> MSI <input type="checkbox"/> KRAS    BRAF V600									
	Anmerkung										

Ich erkläre, dass ich vor der datenschutzkonformen Übermittlung von Patientendaten an die Maria-Theresia-Klinik im Rahmen der Anmeldung zur Tumorkonferenz die Patientin/den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Behandlung aufgeklärt habe. Ich habe die Patientin/den Patienten über die Speicherung und Weiterverarbeitung ihrer/seiner Daten aufgeklärt.

Die Patientin/der Patient hat in vollem Umfang zugestimmt.

Datum

Unterschrift