Anmeldung

zur interdisziplinären Tumorkonferenz am _____

Tel: 0531-699-4026

Bitte per E-Mail an: tumorkonferenz@heh-bs.de

Patient*in _____ Geburtsdatum _____

Vorstellung ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ Primärfall ☐ nein
☐ Posttherapeutisch ☐ Zwischenevaluation ☐ ja

Diagnose

Max. 135 Zeichen

Verlauf

Max. 450 Zeichen

Operation

Max. 180 Zeichen

Diagnostik/Staging

	Befund	Datum
Endoskopie Max. 130 Zeichen		
Histologie Max. 130 Zeichen		
Sonografie Max. 65 Zeichen		
Rö.-Thorax Max. 65 Zeichen		

STIFTUNG HERZOGIN ELISABETH HOSPITAL

CT/MRT Max. 340 Zeichen		
Klinischer Untersuchungsbefund Max. 65 Zeichen		
Endosonografie rektal Max. 65 Zeichen		
Endosonografie oral Max. 65 Zeichen		
Rektoskopie/Proktoskopie Max. 65 Zeichen		
Tumormarker Max. 65 Zeichen		
Weitere Untersuchungen Max. 65 Zeichen		

Familienanamnese ☐ positiv ☐ negativ ☐ unbekannt

Histologie Tumortyp _____ Lokalisation _____

Klassifikation Kennzeichen (u, c, p...) _____ T _____ N _____ M _____ G _____

UICC _____

weitere V _____ L _____ Pn _____ R _____ MSI-Status _____

CRM _____ TME Grad _____

Besonderheiten

Max. 180 Zeichen

Bei Anmeldung durch externe Ärzte*Arztinnen bitte Namen und Praxisstempel: _____

Beschluss der Tumorkonferenz am: _____

Max. 250 Zeichen