



Anmeldeformular - Tumorkonferenz

Onkologisches Zentrum	Wochentag	Uhrzeit	Teilnahme
Kopf-Hals-Tumorzentrum	Montag	14:30 – 16:00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Onkologisches Zentrum (interdisziplinär)	Dienstag	15:30 – 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Brustzentrum Gynäkologisches Krebszentrum	Mittwoch	14:00 – 15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Leukämie- und Lymphom-Zentrum	Donnerstag	15:30 – 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Viszeralonkologisches Zentrum	Freitag	15:30 – 17:00 Uhr	<input type="checkbox"/>

Bitte übermitteln Sie uns Ihre Anmeldung per VPN oder per Fax 0651 / 947 -2574 an das Sekretariat des Onkologischen Zentrums.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat Onkologisches Zentrum unter der Telefonnummer: 0651 / 947 – 2560.

Checkliste zur Tumorkonferenz

Bitte reichen Sie uns unbedingt folgende Unterlagen ein:

- Original Histologie – nur ein Zitat ist nicht ausreichend
- OP-Bericht – wenn vorhanden



Tumorkonferenzprotokoll für externe Zuweiser

Tumorkonferenz vom:

Anmeldender Arzt:

Patient*in

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Tumordiagnose:

Stadium

(TNM-Klassifikation):

(UICC-Stadium):

Erläuterung TNM-Klassifikation:
T (Tumgröße: 1-4)
N (befall von Lymphknoten: 0-2 (3))
M (Metastasen: 0/1)
Präfix (vor TNM: p, c, r, u, y)
R (Resektion): 0-2
G (Grading): 1-4

Datum der Erstdiagnose:

Histologie:

Operation:

(Datum Umfang)

Bisherige Therapien:

(Radiatio, Systemtherapie)

Karnofsky- Index (ECOQ):

Weitere Diagnosen:

(relevante Begleiterkrankungen)



Diagnostik:	durchgeführt am:	Zusammenfassender Befund:
CT-Abd.		
CT-Thorax		
US-Hals		
US- Abd.:		
MRT		
Endoskopien		



Patient*in

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Bei komplexen Fragestellungen bitten wir um vorherige telefonische Anmeldung mit Fallbesprechung.

Fragestellung:

Empfehlung der Tumorkonferenz

Therapieempfehlung:

Teilnehmer Konferenz	Name / Unterschrift
Chirurgie	
Strahlentherapie	
Onkologie	
Gastroenterologie	
Radiologie	
Nuklearmedizin	
Pathologie	