	<b>Anmeldung Tumorboard externe Patienten</b>	Freigabe am: FO Erfurt-001925
	OZ / ÄD	Rev. Nr.: 005 Seite <b>1</b> von <b>2</b>

**Bitte füllen Sie den Anmeldebogen gut leserlich und – um Rückfragen zu vermeiden - möglichst vollständig aus und senden ihn mit Anlagen (z. B. Radiologie-Befunde) per Fax an:  
0361/781-4814**

Für Anmeldungen zum **Uroonkologischen Tumorboard** bitte gesondertes Formular verwenden (Website des Helios Klinikums Erfurt, Unterseite Onkologisches Zentrum).

**Patientendaten:**

Name, Vorname			
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)			
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> divers
Adresse			

**Gewünschtes Tumorboard:**

<input type="checkbox"/> Interdisziplinäres onkologisches Konsil <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Gastrointestinales Tumorboard	<input type="checkbox"/> Tumorboard Hämatologische Neoplasien
<input type="checkbox"/> Lungen-Tumorboard	<input type="checkbox"/> Hauttumorkonferenz	<input type="checkbox"/> Gynäkologische und Mamma-Tumorkonferenz
<input type="checkbox"/> Neuroonkologisches Tumorboard	<input type="checkbox"/> Kopf-Hals-Tumorboard	<input type="checkbox"/> Interdisziplinäres Kinderonkologisches Konsil

gewünschtes Konsil-Datum:	vorstellender Arzt:
gewünschte Fachdisziplinen:	


**Anmeldung/Patientenfall:**

Diagnose (konkreter ICD-10-Code, kein Text):		Datum Erstdiagnose (TT.MM.JJJJ):		
Tumorformel (TNM):		Performancestatus (ECOG/Karnofsky-Index):		
aktuelles Tumorgeschehen	<input type="checkbox"/> Primärtumor	<input type="checkbox"/> Residualkarzinom	<input type="checkbox"/> neu aufgetretene Fernmetastasen	<input type="checkbox"/> (bestehende) Fernmetastasen
	<input type="checkbox"/> neu aufgetretenes (Lokal-)Rezidiv	<input type="checkbox"/> (bestehendes) Rezidiv	<input type="checkbox"/> unklares Tumorgeschehen	<input type="checkbox"/> LK-Metastase(n)
	<input type="checkbox"/> Zweitkarzinom	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____		
Konferenzart	<input type="checkbox"/> prä-therapeutisch	<input type="checkbox"/> post-therapeutisch	<input type="checkbox"/> post-operativ	<input type="checkbox"/> unter Therapie

**Bisherige operative / lokale Therapie (inkl. Strahlentherapie):**

Datum	Art der lokalen Therapie	erreichtes Ansprechen	Behandelt durch wen/wo?

<sup>1</sup> z. B. CUPs, Sarkome, komplexe bzw. multidisziplinäre Fälle, Schilddrüsen-Ca...

	<b>Anmeldung Tumorboard externe Patienten</b>	Freigabe am: FO Erfurt-001925
	OZ / ÄD	Rev. Nr.: 005 Seite <b>2</b> von <b>2</b>

**Bisherige Systemtherapie:**

von ... bis ...	Art der Systemtherapie (inkl. Kumulativdosis)	erreichtes Ansprechen	Verträglichkeit

**Aktuelle Bildgebung** (vorliegendes Bildmaterial und externe Befundberichte bitte beifügen):

Datum	Untersuchung	Ergebnis

**Hinweise, Bemerkungen, weitere Erkrankungen:**

---



---

**Therapievorschlag des Behandlers:**

---



---



---

**Patientenwunsch:**

---



---

**Konkrete Fragestellung:**

---



---



---

**Der Patient ist über die Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz aufgeklärt und stimmt dieser zu.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift