

Anmeldung interdisziplinäres kideronkologisches Tumorboard

Kinderonkologie, Kinderneurochirurgie, Kinderchirurgie, Kinderradiologie,
Kinderorthopädie, Radiotherapie, Pathologie, Psychosozialer Dienst, Pflege

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Diagnose _____

ICD-10 _____

Datum Erstdiagnose _____

Art der Vorstellung

Erstvorstellung
Wiedervorstellung

Zweitmeinungspatient
Nicht durchgeführt, da Patient verstorben

Aktuelles Tumorgeschehen

Erstmanifestation
Lokalisation
Größe/Volumen

Konferenzart

prä-therapeutisch (inkl. Prä-OP, Prä-Interventionell)
post-operativ
post-diagnostisch

post-therapeutisch (inkl. Post-Interventionell)
multimodal nach Induktion
unter Therapie

Bildgebung

MRT Schädel
MRT Abdomen
MRT Mediastinum/Thorax

MRT Extremitäten
CT Thorax
CT Schädel

Sonographie Abdomen, Weichteile, Schädel
PET CT

Bildübermittlung

Bilder auf CD an Sekretariat verschickt
Bilder über Datenleitung eingespielt

Sonstiges _____

Konferenzdatum

Vorstellung durch

Teilnahme persönlich
Online/Telefon

Bisheriger Verlauf

Fragestellung

per Fax an
Kinderonkologische Ambulanz und Tagesklinik (02151) 32-1992
Telefonnummer für Rückfragen (02151) 32-2355
(verbinden lassen Oberärztin Fr. Dr. Brauer,
stellvertretend Hr. Imschweiler, Fr. Dr. Eisert)

Stempel Absender