

Universitätsklinikum Wuppertal

**Universität Witten/Herdecke**

**IOK-Anmeldung**

**IOK-Protokoll / Behandlungsplan**

**☝ rot markierte Felder müssen ausgefüllt sein! Tumorkonferenz vom:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hausarzt** |  |
| Fax-Nummer |  |
| **Einweisender Arzt** |  |
| Fax-Nummer |  |

**Ausgefüllte Anmeldung**

**bitte per Fax an:**

**Medizinische Klinik 1 – Onkologisches Zentrum**

**(0202) 896-3353**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nachname:** | | **Vorname:** | | | **Geburtsdatum:** | | **Kategorie (K** *olon***, R** *ektum***, G** *yn***, B** *ronchu****s*, P** *ankreas***, D** *erma***, U** *rologie* **H** *ämatologie*  **A** *ndere*) | | | |
|  | |  | | |  | |  | | | |
| **Klinik** |  | **Anmeldender Arzt** | |  | | **Tel.-Nr.** | |  | **FAX-Nr.** |  |
| **Vorprotokoll vom:** | |  | | | | | | | | |
| **Anamnese:** | |  | | | | | | | | |
| **Relev. Vordiagnosen:** | |  | | | | | | | | |
| **Karnofsky Index:** | |  | | | | | | | | |
| **Diagnose:** | |  | | | | | | | | |
| **Bisherige Therapie:**  Verfahren / wann / Ergebnis: | |  | | | | | | | | |
| **Histologie/Zytologie:**  # erste / letzte Untersuchg.: | |  | | | | | | | | |
| **Tumorstadium:** | |  | | | | | | | | |
| **Befunde:**  Bildgebung:  relevantes Labor:  Endoskopie: | |  | | | | | | | | |
| **Risikofaktoren:** | |  | | | | | | | | |
| **Erforderliche**  **Fachdisziplinen:** | |  | | | | | | | | |
| **Spezielle Fragestellung an die Radiologie:** | |  | | | | | | | | |
| **Fragestellung für das IOK:** | |  | | | | | | | | |
| Grund für die Vorstellung: | | Primärfall  prätherapeutisch posttherapeutisch  Wiedervorstellung wg. Therapieänderung/Verlauf Sonstiges  Wunsch des Patienten Wunsch des Arztes Nebenwirkungen/Morbidität | | | | | | | | |
| Empfehlung/ Behandlungsplandes IOK: | | |  | | | | | | | | |
| Studienprüfung | | | Prüfung auf Studienteilnahme:ja **[ ]** nein **[ ]** | | | | | | | | |
|  | | | Wuppertal, den: gez.: | | | | | | | | |
| ***Mit der Bitte um Bearbeitung durch den Hausarzt und Fax an u.g. Nummer***  Den vorliegenden Behandlungsplan habe ich erhalten und  bin einverstanden  bitte um Rückruf    **Fax: (0202) 896-2385**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Unterschrift / Stempel | | | | | | | | | | | |

Bitte beurteilen Sie nach dem Schulnotensystem:

|  |
| --- |
| Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichbarkeit der  3  2  1  6  5  4  zuständigen Ärzte unserer Organkrebszentren? |
| Wie zufrieden sind Sie mit der Wartezeit auf einen Termin  5  4  3  2  1  6  zur Erstvorstellung? |
| Wie zufrieden sind Sie mit den Brieflaufzeiten?  6  5  4  3  2  1  2  3  4  5  6  1 |
| Wie zufrieden sind Sie mit der Kommunikation? |
| Wenn ich die oben genannten Punkte zusammenfassend  5  4  3  2  1  6  5  4  3  2  1  6  bewerte, kann ich sagen: „Insgesamt ist die Zusammen-  arbeit mit dem Organkrebszentrum …“ |
| ……………………………………………………………………………. |

Vielen Dank!

Bitte per Fax an: 0202 896-2385

[\\KW-Verwaltung\Prozesse\Tumorkonferenz\Vorlagen\IOK\_Anmeldung.dot](file:///\\Fs-klinik\Vol1\interdisziplinär\Tumorkonferenz\Vorlagen\IOK_Anmeldung.dot) (geändert am 19.06.2013 OS)

Bitte die rot markierten Felder alle ausfüllen!

Speichern: **Name\_Vorname** GEB.Datum (**TTMMJJ**) Anmeldedatum (**JJMMTT**) **IOK.doc** in: Q.\Tumorkonferenz\IOK Anmeldungen