

Anmeldung (extern) interdisziplinäre Tumorkonferenz

OZ_FB_externer_Anmeldung_TK_171219



DokuZentrale: FAX 400-6368 Tel. 0921/400-6361 oder 6362 E- Mail: dokumentare.oz@klinikum-bayreuth.de

Angaben zum Patienten: Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Str./Hausnr.: _____ PLZ/Ort: _____	Termine für Tumorkonferenzen (TK): Dienstag 07:30 Uhr , Konferenzraum 4, (dringende Fälle, v.a. prätherapeutisch) Anmeldeschluss Montag 12:00 Uhr <hr/> Mittwoch 15:30 Uhr , Konferenzraum 4 (Frauenklinik) Anmeldeschluss Dienstag 14:00 Uhr <hr/> Donnerstag 16:00 Uhr , Konferenzraum 4 (allgemein) Anmeldeschluss Donnerstag 9:00 Uhr <hr/> Freitag 12:30 Uhr , Konferenzraum 4 (Lungenkonferenz) Anmeldeschluss Donnerstag 12:00 Uhr <hr/> Freitag 13:00 Uhr , Konferenzraum 4 (Uroonkologische Konferenz) Anmeldeschluss Donnerstag 14:00 Uhr
--	---

Meldung als:

Primärfall Rezidiv anderer Grund: _____

Therapieintention: operativ kurativ nicht operativ kurativ
 operativ palliativ nicht operativ palliativ

Diagnose: _____

Vorgeschichte/
 Begleiterkrankungen: _____

ECOG (0-4): _____ ASA: _____

Histologie: prätherapeutisch				Histologie: postoperativ		
TNM	T	N	M	T	N	M

Stadium: _____

Diagnostik: Fremdbefunde bitte in Anlage

vorzustellende Bildgebung:	Datum:	Beiliegende Befunde:	vorzustellende Bildgebung:	Datum:	Beiliegende Befunde:
<input type="checkbox"/> CT	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sonographie	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRT	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Röntgen	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____	_____	<input type="checkbox"/>

Anmeldung für TK am _____ (Datum) prätherapeutisch posttherapeutisch

Fragestellung: _____

Datum: _____ Arzt: _____ Tel.: _____