

Anmeldung (extern) interdisziplinäre Tumorkonferenz

OZ_FB_externer_Anmeldung_TK_150617



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): <p style="text-align: center;">Dienstag 07:30 Uhr Konferenzraum 4 (dringende Fälle, v.a. prätherapeutisch) Anmeldeschluss Montag 12:00 Uhr</p> <p style="text-align: center;">Mittwoch 15:30 Uhr Konferenzraum 4 (Frauenklinik) Anmeldeschluss Dienstag 14:00 Uhr</p>	Termine für Tumorkonferenzen (TK): <p style="text-align: center;">Donnerstag 16:00 Uhr Konferenzraum 4 (allgemein) Anmeldeschluss Donnerstag 9:00 Uhr</p> <p style="text-align: center;">Freitag 13:00 Uhr (prätherapeutische Prostata- Telefonkonferenz) Anmeldeschluss Freitag 10:00 Uhr</p>
--	--	--

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.: _____