

# Anmeldung (extern) interdisziplinäre Tumorkonferenz



DokuZentrale: FAX 400-886361 Tel. 0921/400-6361 oder 6362 E-Mail: [dokumentare.oz@klinikum-bayreuth.de](mailto:dokumentare.oz@klinikum-bayreuth.de)

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