

Anmeldung

zur interdisziplinären Tumorkonferenz am _____

Tel: 0531-699-4026

Bitte per E-Mail an: tumorkonferenz@heh-bs.de

Patient*in _____

Geburtsdatum _____

Vorstellung

☐

prätherapeutisch

☐

postoperativ

Primärfall

☐

nein

☐

Posttherapeutisch

☐

Zwischenevaluation

☐

ja

Diagnose

Max. 135 Zeichen

Verlauf

Max. 450 Zeichen

Operation

Max. 180 Zeichen

Diagnostik/Staging

Befund

Datum

Endoskopie		
Max. 130 Zeichen		
Histologie		
Max. 130 Zeichen		
Sonografie		
Max. 65 Zeichen		
Rö.-Thorax		
Max. 65 Zeichen		

CT/MRT		
Max. 340 Zeichen		
Klinischer Untersuchungsbefund		
Max. 65 Zeichen		
Endosonografie rektal		
Max. 65 Zeichen		
Endosonografie oral		
Max. 65 Zeichen		
Rektoskopie/Proktoskopie		
Max. 65 Zeichen		
Tumormarker		
Max. 65 Zeichen		
Weitere Untersuchungen		
Max. 65 Zeichen		

Familienanamnese

☐

positiv

☐

negativ

☐

unbekannt

Histologie

Tumortyp

Lokalisation

Klassifikation

Kennzeichen (u, c, p...)

T

N

M

G

UICC

weitere

V

L

Pn

R

MSI-Status

CRM

TME Grad

Besonderheiten

Max. 180 Zeichen

Bei Anmeldung durch externe Ärzte*Arztinnen bitte Namen und Praxisstempel: _____

Beschluss der Tumorkonferenz am: _____