

Urologisches Tumorboard

Leitung: Dr. Caroline Eich

Ort: Konferenzraum Radiologie, DTZ 1. UG Raum 71

dienstags, 15:30 Uhr

**Tumorboard-Anmeldung
für externe Patienten**

Bitte per Fax an 0221 – 478 86410

Bei Rückfragen 0221 – 478 82098/82099

Patientenanmeldung für das Tumorboard am Dienstag, den _____

Bitte Vorstellungsdatum eintragen

Patient		Kontakt anmeldender Arzt <i>für Rückmeldungen und zur Übermittlung des Tumorboard-Beschlusses</i>	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum		Adresse	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Telefon	
		Fax	
Angaben zur Tumorerkrankung			
Diagnose (Monat/Jahr)		<input type="checkbox"/> Erstdiagnose (/) <input type="checkbox"/> Rezidiv (/) <input type="checkbox"/> Progress (/)	
Freitextdiagnose (Lokalisation/Metastasen)			
Relevante Nebendiagnosen			
ICD-10			
Histologie/Grading			
cTNM (klinische Klassifikation)			
Gleason			
PSA initial			
PSA aktuell			
pTNM (pathologische Klassifikation)			
Tumorstadium nach UICC			
Allgemeinzustand (nach Karnofsky oder ECOG)			

Angaben zur bisherigen Diagnostik			
	Datum	Befund	Demo gewünscht
<input type="checkbox"/> CT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PET			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Röntgen			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonographie (Abdomen)			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Koloskopie			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gastroskopie			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere ()			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Keine Demonstration von Bildgebung im Tumorboard notwendig.			
Angaben zur bisherigen Therapie			
	Datum	Erläuterung/Bemerkung	
<input type="checkbox"/> keine			
<input type="checkbox"/> OP			
<input type="checkbox"/> Chemotherapie			
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie			
<input type="checkbox"/> Andere ()			
Vorschlag für (weitere) Therapie			
Fragestellung			
<i>(zum allgemeinen Vorgehen o. Stellungnahme zum Therapieverschlagn erbeten)</i>			
Bemerkungen			

Ihre Teilnahme/ Nicht-Teilnahme am Tumorboard

- Ich nehme am Tumorboard teil.

Relevante bildgebende Befunde senden Sie bitte per Post – möglichst auf CD – (Eingang spätestens Donnerstag) an die Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboterassistierte Chirurgie z.Hd. Frau Bruckhaus, Fr. Linden (Uniklinik Köln, Kerpener Straße 62, 50937 Köln) mit dem Vermerk „Bildgebung: CIO Tumorboard-Anmeldung von extern“.

Alle weiteren relevanten Befunde/Dokumente bringen Sie bitte mit ins Tumorboard.

- Ich nehme **nicht** am Tumorboard teil.

Ihr Ansprechpartner aus unserer Klinik: _____

Relevante bildgebende Befunde senden Sie bitte per Post – möglichst auf CD – (Eingang spätestens Donnerstag) an die Klinik für Urologie, Uro-Onkologie, spezielle urologische und roboterassistierte Chirurgie z.Hd. Fr. Bruckhaus, Frau Linden (Uniklinik Köln, Kerpener Straße 62, 50937 Köln) mit dem Vermerk „Bildgebung: CIO Tumorboard-Anmeldung von extern“.

Alle weiteren relevanten Befunde/Dokumente lassen Sie bitte Ihrem Ansprechpartner zukommen.

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Fr. Bruckhaus, Fr. Linden Tel 0221 478 82098/82099.

Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patientendaten an das CIO Köln im Rahmen der Anmeldung zum Tumorboard den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Behandlung aufgeklärt habe. Der Patient hat dem in vollem Umfang zugestimmt.

Datum, Unterschrift des anmeldenden Arztes