

<b>Tumorkonferenz vom:</b> _____	<b>Datum der Anmeldung:</b> _____
<b>Name, Vorname Patient:</b> _____	<b>Geburtsdatum Patient:</b> _____

Patientennummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Abteilung und Station: \_\_\_\_\_

Einweisender Arzt: \_\_\_\_\_

Kooperierender Arzt: \_\_\_\_\_

**Vorstellung:**     präoperativ     postoperativ    **Primärfall:**     ja     nein

<b><u>Aktuelle Diagnose:</u></b>	<b>Datum Erstdiagnose:</b>
<b><u>Fragestellung:</u></b>	

<b><u>Untersuchung:</u></b>	<b><u>Zusammenfassender Befund:</u></b>	<b><u>durchgeführt am</u></b>
Koloskopie:		
Polypektomie:		
Starre Rektoskopie:		

<b><u>Ausbreitungsdiagnostik:</u></b>	<b><u>Zusammenfassender Befund:</u></b>	<b><u>durchgeführt am</u></b>
Endosonographie:		
Sono-Abdomen:		
Röntgen-Thorax:		
CT-Abdomen:		
CT-Becken mit rektaler Füllung:		
CEA präoperativ:		
CEA postoperativ:		
MRT		
Sonstige Untersuchungen:		

**Tumorkonferenz vom:** \_\_\_\_\_ **Datum der Anmeldung:** \_\_\_\_\_

Name, Vorname Patient: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Patient: \_\_\_\_\_

### Bisherige Therapie

**Zeitraum/Datum:**

Neoadjuvante Radio-Chemotherapie:		
Operation:		
Adjuvante Chemotherapie:		
Adjuvante Strahlentherapie:		
Palliative Chemotherapie		
Palliative Chemotherapie		

### Histologie präoperativ:

Tumortyp: \_\_\_\_\_

Klassifikation:   
 c u    T     N     M     G     L     V     R

Anmerkungen zur Histologie :

### Histologie postop:

Tumortyp: \_\_\_\_\_

Klassifikation:   
 p    T     N     M     G     L     V     R

Befallene / entfernte Lymphknoten:     Resektionsrand:    Min.     Max.

Anmerkungen zur Histologie :

Tumorkonferenz vom: _____	Datum der Anmeldung: _____
Name, Vorname Patient: _____	Geburtsdatum Patient: _____

### Therapieempfehlung / Ergebnis Tumorkonferenz

	nein	ja		
Operation: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	neoadjuvant	adjuvant	palliativ	
Radio-Chemotherapie: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Chemotherapie: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestrahlung: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige: _____				

Anmerkungen Therapieempfehlung (Begründung, Leitlinienabweichung; ggf. Kommentierung Patientenablehnung, ...):

Veto:

Name:

Begründung:

### Vorstellender Arzt:

 \_\_\_\_\_  
 Datum

 \_\_\_\_\_  
 Leiter Tumorkonferenz