

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

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

Abteilung und Station:

**Kopie Therapieempfehlung an:** \_\_\_\_\_  
 Hausarzt und / oder  
 mitbehandelnden Facharzt  
 – bitte vollständige Adresse angeben!

**Bilderdemo:**  ja  nein **ECOG:** (Leistungsstatus von 0 - 5 eintragen!) \_\_\_\_\_

<b>Vorstellung:</b>	<input type="checkbox"/> präoperativ	<input type="checkbox"/> postoperativ	<b>Primärfall:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Studienempfehlung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>Psychoonkologie</b>	<input type="checkbox"/>
<b>Letzte CHT am:</b>	_____			
<b>Familienanamnese nach DKG erfasst</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Vollständige Kolo- skopie:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<b>ASV möglich:</b>	<input type="checkbox"/> ja

**Aktuelle Diagnose:** \_\_\_\_\_ **Datum Erstdiagnose:** \_\_\_\_\_

**Fragestellung:** \_\_\_\_\_

### Ergebnis Tumorkonferenz *(auszufüllen bei der Tumorkonferenz !)*

<b>Tumorstadium und Klassifikation:</b>				
UICC-Stadium:	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>
<b>Tumorklassifikation: (c + p-Klassifikation)</b>				
T <input type="text"/>	N <input type="text"/>	M <input type="text"/>	G <input type="text"/>	L <input type="text"/>
(     /     )				
<b>Therapieempfehlung</b> (Begründung, Leitlinienabweichung; ggf. Kommentierung Patientenablehnung, ...):				
<b>Abweichung vom Primärempfehlung:</b> <input type="checkbox"/> ja				

**Vorstellender Arzt:** \_\_\_\_\_  
 mit Angabe der Rufnummer: \_\_\_\_\_

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



Comprehensive Cancer Center  
Mainfranken

## PROTOKOLL TUMORKONFERENZ FÜR KOLOREKTALE KARZINOME



**KLINIKUM**  
Aschaffenburg-Alzenau  
ONKOLOGISCHES ZENTRUM

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

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

<b>Veto:</b>	<b>Name:</b>
--------------	--------------

**Begründung:**

_____	_____
Datum	Leiter Tumorkonferenz

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

**Untersuchung:** (bitte Untersuchungsdatum ergänzen)

**Zusammenfassender Befund:**

<b>Endoskopie vom :</b>
<b>Polypektomie vom :</b>
<b>Starre Rektoskopie vom :</b>

**Ausbreitungsdiagnostik:** (bitte Untersuchungsdatum ergänzen)

**Zusammenfassender Befund:**

<b>Endosonographie vom :</b>
<b>Sonographie vom :</b>
<b>Röntgen-Thorax vom :</b>
<b>CT- (Angabe Bereich) vom :</b>
<b>MRT- (Angabe Bereich) vom :</b>
<b>Labor (inkl. Tumormarker) vom :</b> CEA präoperativ CEA postoperativ
<b>Sonstige Untersuchungen:</b>

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

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

**Bisherige Therapie:**

(bitte Therapiedatum /Zeitraum ergänzen)

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