

Protokoll zur Tumorkonferenz am <Allgemeines: Datum>

<Patient: Name>, <Patient: Vorname> <Patient: GeburtsDatum> <Patient:
PatientenNr>
<Patient: Strasse> <Patient: Plz> <Patient: Ort>

präoperativ postoperativ

Vorstellende Fachabteilung:

Ersteller des Protokolls:

Erstvorstellung Wiedervorstellung (s. auch Protokoll vom)

Diagnose:							
Begleiterkrankungen:						Karnofsky-Index: Hilfetext über F1	100%
Anamnese:							
Familienanamnese: einschließlich DKG- Fragenbogen zur familiären Anamnese:							
Bisherige Therapie: (z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie, Behandlungsort, beh. Arzt)							
Operationen: (detailliert mit Datum)							
Histologie / Zytologie: (Institut, Befund-Nummer und Datum)							
Tumorklassifizierung:	cT	cN /	cM	G	R	L	V
Staging: (Darstellung mit Datum und Institutsangabe)							
<input type="checkbox"/> Röntgen Thorax							
<input type="checkbox"/> Tumormarker							
<input type="checkbox"/> CT Thorax							
<input type="checkbox"/> CT Abdomen							
<input type="checkbox"/> PET CT							
<input type="checkbox"/> CCT							
<input type="checkbox"/> MRT							

<input type="checkbox"/> Gastroskopie	
<input type="checkbox"/> Endosono: Ösophagus/ Magen/Pankreas	
<input type="checkbox"/> Koloskopie	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> partiell
<input type="checkbox"/> Starre Rektoskopie	
<input type="checkbox"/> Endosono Rektum	
<input type="checkbox"/> Sonographie Abdomen	
<input type="checkbox"/> Wichtiges Labor	
<input type="checkbox"/> Sonstige	

Fragestellung an die Tumorkonferenz:	
---	--

Empfehlung der Tumorkonferenz:	
Geplante Diagnostik:	Kontrollkoloskopie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)
Geplante Therapie:	
Wiedervorstellung:	

Studienpatient?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)
------------------------	---

Genetische Beratung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)
Bestimmung von MMR Proteinen erforderlich? (Beauftragung nur durch den Onkologen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)

Geplante Therapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)
--	---

Teilnehmer (gemäß Unterschriftenliste)

Viszeralchirurgie	Prof. Dr. Christoph A. Jacobi,
Gastroenterologie	Dr. Berthold Backes,
Onkologie Bonn	Prof. Dr. Harald Bruch,
Strahlentherapie	Dr. Skripnichenko,
Radiologie	Dr. Seifert,
Pathologie	Dr. Fleege,
Netzkoordinator	Dr. Gernot Meyer
Sonstige	Dr.Oesterheld, ,