

Name:		Vorname:		Geburtsdatum:	
Station/Klinik:		Vorstellender Arzt:		Erstvorstellung <input type="checkbox"/>	
				Wiedervorstellung <input type="checkbox"/>	
Tumordiagnose:					
Tumor histologisch / cytologisch gesichert <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja durch:					
Bisheriges TumortheraPiekonzept: <input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> neoadjuvant <input type="checkbox"/> adjuvant					
Relevante Nebendiagnosen: <input type="checkbox"/> keine					
Zweit-Tumor:		Kardial:		Pulmonal:	
Hepatisch:		ZNS:		Sonstige:	
Karnofsky-Index:					
Diagnostik: (KurzbeFund)		AbdomensonO:		CT:	
MRT:		Rö-Thorax:		Szintigraphie:	
PET-CT:		Gastro:		Colo:	
Endosono:		ERCP:		Punktion:	
Sonstiges:					
Klinisches Staging (prätherapeutisch): cT N M				Lokalisation der Metastasierung:	
Postoperatives Staging:		pT pN (/) M L V R - G			
UICC:					
Histologischer Kurzbefund:					
Bisherige Therapie:					
Nicht-operative Behandlung: <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, wenn ja welche:					
Operative Behandlung <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, wenn ja welche und wann:					
Therapieempfehlungen früherer Tumorkonferenzen:					
Datum:		Empfehlung:			
Therapieempfehlung der Tumorkonferenz				Tumorkonferenz am:	
Studienteilnahme empfohlen: <input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, wenn ja welche:					
Gespräch bzgl. Therapieempfehlung zu führen von:					
Besonderheiten / Anmerkungen:					

Datum: _

Unterschrift: _____

