**Zur organisatorischen Vorbereitung werden die Anmeldedaten bis spätestens Montag 12:00 Uhr benötigt.**

**Aus Datenschutzgründen bitten wir Sie, dieses Formular nur mit Initialen und einer von Ihnen frei erfundenen Patientennummer per Fax an 0711 / 6489-2213 zu senden und telefonisch die vollständigen Angaben zu den Personalien unter: 0711-6489 2201 durchzugeben.**

Marienhospital Stuttgart
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen

Darmzentrum
Leitung: ÄD Prof. Dr. Schäffer
Sekretariat: Sabine Hauser
Telefon: 0711 6489-2201
Böheimstraße 37
70199 Stuttgart

# Anmeldung zur Interdisziplinären Darmkonferenz

Vorstellung durch:

Stempel der Praxis:

Patientendaten:

Patienteninitialen und frei erfundene Patientennummer

Name:

Geb.:Dat.:

Adresse:

❑ Primärbehandlung ❑ prätherapeutisch

❑ Rezidiv/Progressbehandlung ❑ posttherapeutisch

Klinische Angaben:

Alter: _____

Hauptdiagnose: ❑ Kolonkarzinom ❑ Rektumkarzinom

Lokalisation des Tumors: _____

Erstdiagnose/Histologie-Datum: _____

**Koloskopie durchgeführt: ❑ nein ❑ ja wenn ja: ❑ partiell ❑ vollständig**

Histologie (Endoskopie): _____

cTNM: _____

neoadjuvante Therapie durchgeführt: ❑ nein ❑ ja

OP bereits erfolgt: ❑ nein ❑ ja

wenn ja, wann: _____ wo _____

Histologie (postop.): _____

Anzahl befallene Lymphknoten (post-OP): ____/___

Resektion: ❑ R0 ❑ R1

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen: _____

Bisherige Therapie und Verlauf: _____

_____

Relevante Bildgebung vorhanden: ❑ nein ❑ ja (wenn ja, bitte Befunde der Anmeldung beilegen)

Fragestellung: _____

F0374



**©Marienhospital Stuttgart.** Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.