

Zur organisatorischen Vorbereitung werden die Anmeldedaten bis spätestens Mittwoch 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 / 6489-2306 zu senden und telefonisch die vollständigen Angaben zu den Personalien unter: 0711 / 6489-2301 durchzugeben.

Anmeldung zur Interdisziplinären Tumorkonferenz Gynäkologisches Krebszentrum

Vorstellung durch:

Patientendaten:

Stempel der Praxis:

Patienteninitialen und frei erfundene Patientennummer

Name: _____

Geb.:Dat.: _____

Adresse: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Primärbehandlung | <input type="checkbox"/> prätherapeutisch |
| <input type="checkbox"/> Rezidiv/Progressbehandlung | <input type="checkbox"/> posttherapeutisch |

Klinische Angaben:

Alter: _____ Erstdiagnose/Histologie-Datum: _____

Diagnose: _____

Lokalisation primär: _____

Histologie: _____

TNM: _____ Grading: G1 G2 G3 fehlend

OP bereits erfolgt: nein ja, wenn ja, wann: _____ wo _____

R-Status: R0 R1 R2 Rx

Histologie (postop.): _____

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen: _____

Bisherige Therapie und Verlauf: _____

Relevante Bildgebung vorhanden: nein ja (wenn ja, bitte Befunde und Bildgebung zum Vorstellungstermin zur Verfügung stellen)

Fragestellung: _____

Ablageort:	F0410_Externe Anmeldung GKZ_2.0.docx	Klassifikation:	öffentlich → vertraulich
Dokumentnr.:	F0410	Version:	2.0
erstellt:	E. Schick	überarbeitet/geprüft:	E. Schick
Datum:	19.08.2016	Datum:	28.05.2019
		freigegeben:	AD Dr. Hofmann
		Datum:	16.09.2019

