



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 / 6489-2582 (HNO) oder 0711 / 6489-8262 (MKG) zu senden und telefonisch die vollständigen Angaben zu den Personalien unter: 0711-6489 2508 (HNO) oder 0711 / 6489-8261 (MKG) durchzugeben.

Anmeldung zur Interdisziplinären Kopf-Hals-Tumorkonferenz

Vorstellung durch:

Stempel der Praxis:

Patientendaten:

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: _____

Diagnose: _____

Lokalisation primär: _____

Erstdiagnose/Histologie-Datum: _____

Histologie: _____

TNM: _____ Grading: G1 G2 G3 G4 fehlend

neoadjuvante Therapie durchgeführt: nein ja
wenn ja, wann/welche: _____

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: _____

F0369



Dateiname:	F0369_Externe Anmeldung KHZ_1.3.doc		Klassifikation:	öffentlich → vertraulich	
Formularnr.:	F0369	Version:	1.3	Seite:	1 von 1
erstellt:	E. Schick	überarbeitet/geprüft:	E. Schick	freigegeben:	ÄD Prof. Dr. Dr. Fillies / OA Dr. Hay
Erstelldatum:	07.11.2014	Datum:	28.05.2019	Freigabedatum:	05.06.2020