

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.

Anmeldung zur Interdisziplinären Pankreaskonferenz

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: _____

Hauptdiagnose: _____

Erstdiagnose/Histologie-Datum: _____

Histologie (PE): _____

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: _____

Ablageort:	F0375_Externe Anmeldung PZ_2.0.docx	Klassifikation:	öffentlich → vertraulich		
Dokumentnr.:	F0375	Version:	2.0	Seite:	1 von 1
erstellt:	E. Schick	überarbeitet/geprüft:	E. Schick	freigegeben:	ÄD Prof. Dr. Schäffer
Datum:	19.08.2016	Datum:	28.05.2019	Datum:	31.01.2020

