

## Protokoll zur Tumorkonferenz am 00.00.2013

präoperativ       postoperativ

Name, Vorname

Geb. Dat.

Straße Nr.

PLZ Wohnort

Vorstellende Fachabteilung:

Ersteller des Protokolls:

Erstvorstellung

Wiedervorstellung (s. auch Protokoll vom )

<b>Diagnose:</b>							
<b>Begleiterkrankungen:</b>						<b>Karnofsky-Index:</b> Hilfetext über F1	90%
<b>Anamnese:</b> (Familienanamnese)							
<b>Bisherige Therapie:</b> (z.B. Chemotherapie, Strahlentherapie)							
<b>Operationen:</b> (detailliert mit Datum)							
<b>Histologie/Zytologie:</b> (Institut, Befund-Nummer und Datum)							
<b>Tumorklassifizierung:</b>	cT	cN /	cM	G	R	L	V
<b>Staging:</b> (Darstellung mit Datum und Institutsangabe)							
<input type="checkbox"/> Röntgen Thorax							
<input type="checkbox"/> Tumormarker	ng/ml						
<input type="checkbox"/> CT Thorax							
<input type="checkbox"/> CT Abdomen							
<input type="checkbox"/> PET CT							
<input type="checkbox"/> CCT							
<input type="checkbox"/> MRT							
<input type="checkbox"/> Koloskopie	<input type="checkbox"/> vollständig		<input type="checkbox"/> partiell				
<input type="checkbox"/> Starre Rektoskopie							

<input type="checkbox"/> Endosono Rektum	
<input type="checkbox"/> Sonographie Abdomen	
<input type="checkbox"/> Wichtiges Labor	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

<b>Fragestellung an die Tumorkonferenz:</b>	
---	--

Empfehlung der Tumorkonferenz:	
<b>Geplante Diagnostik:</b>	<b>Kontrollkoloskopie?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)
<b>Geplante Therapie:</b>	
<b>Wiedervorstellung:</b>	

<b>Studienpatient?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)
------------------------	---

<b>Genetische Beratung?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)
-----------------------------	---

<b>Geplante Therapie durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Wenn nein, bitte Begründung mit angeben)
--	---

**Teilnehmer (gemäß Unterschriftenliste)**

<b>Viszeralchirurgie</b>	Prof. Dr. Christoph A. Jacobi,
<b>Gastroenterologie</b>	Dr. Berthold Backes,
<b>Onkologie Köln</b>	Dr. Stephan Schmitz,
<b>Onkologie Bonn</b>	Prof. Dr. Harald Bruch,
<b>Strahlentherapie</b>	Dr. Matthias Gofferje,
<b>Radiologie</b>	Dr. Peter Impekoven,
<b>Pathologie</b>	Dr. Bernd Hinrichs,
<b>Netzkoordinator</b>	Dr. Gernot Meyer
<b>Sonstige</b>	, ,