|  |  |
| --- | --- |
| Patientenname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Anschrift: |  |
| Krankenkasse: |  |
| Versicherungsnummer:  |  |

**Gemeinsame Tumorkonferenz der Krankenhäuser der KHWE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum der Konferenz:** |  |
| **Ort der Konferenz:** | St. Ansgar Krankenhaus Höxter |
| **Vorstellender Arzt:** |  |
| **Verteiler:** |  |
| **Bitte vollständige Adresse angeben!** |  |
|  |  |
| **Information Daten-verarbeitung LKR****Bitte auszufüllen!** | [ ]  der Patient wurde informiert und hat nicht widersprochen[ ]  der Patient wurde informiert und hat der Speicherung des Identitäts-Chiffrates (§20 Absatz 1 Satz 4 LKRG NRW) widersprochen |
| **Einwilligung** | [ ]  Einwilligung des Patienten zur Vorstellung liegt vor und wird mit übermittelt |
| **Vorstellung:** | [ ]  praeoperativ [ ]  postoperativ [ ]  praetherapeutisch [ ]  posttherapeutisch |
| **Bildmaterial gesendet** | [ ]  ja, versendet am:[ ]  nein |

**Für die Falldiskussion gewünschte / benötigte Fachabteilungen:**

|  |
| --- |
| [x]  Allgemeinchirurgie [x]  Gastroenterologie [x]  Onkologie [x]  Radiologie[x]  Strahlentherapie [x]  Pathologie[ ]  zusätzlich erforderliche Fachabteilung: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tumorerkrankung:** |  |
| **Histologie/Pathologe/ Datum:** |  |
| **TNM-Klassifikation:** |  |
| **FIGO-Klassifikation:** |  |
| **Rezeptorstatus:****(ER, PR, Herceptin, EGFR, k-ras, Octreotid)** |  |
| **Sonstiges:** |  |
| **ECOG-Status / Karnofsky-Index** | **bitte wählen (Dropdownmenü)** |
| **Vorerkrankungen:** |   |
| **OP/ OP-Datum:** |  |

**Zusammenfassung der Krankengeschichte / kurze Epikrise:**

|  |
| --- |
|  |

**Fragestellung:**

|  |
| --- |
|  |

**Untersuchungsbefunde:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Untersuchung** | **Datum** | **Befund** |
| **Sonographie des Abdomens:** |  |  |
| **Röntgen-Thorax:** |  |  |
| **CT- Hals:** |  |  |
| **CT- Thorax:** |  |  |
| **CT- Abdomen:** |  |  |
| **MRT des/der :** |  |  |
| **Szintigraphie:** |  |  |
| **PET-CT:** |  |  |
| **Echokardiographie:** |  |  |
| **Gastroskopie:** |  |  |
| **Koloskopie:** |  |  |
| **Endosonographie:** |  |  |
| **Bronchoskopie:** |  |  |
| **Krea-Clearance:** |  |  |
| **Tumormarker:** |  |  |
| **Sonstige Untersuchungen:** |  |  |

ab hier nur auszufüllen durch die Tumorkonferenz

**Konsens der Tumorkonferenz / festgelegtes Procedere:**

|  |
| --- |
|  |

**Beteiligte Fakultäten / Ärztinnen und Ärzte:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Viszeralchirurgie:** |  |
| **Gastroenterologie:** |  |
| **Hämatologie/Onkologie:** |  |
| **Palliativmedizin:** |  |
| **Radiologie:** |  |
| **Strahlentherapie:** |  |
| **Urologie:** |  |
| **Pathologie** |  |
| **Psychoonkologie:** |  |
| **Onkologische Fachpflege:** |  |
| **Stomatherapie:** |  |
| **Externe Ärzte:** |  |
| **Sonstige:** |  |

Senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular und die Einverständniserklärung des Patienten bitte per Email an:

tumorkonferenz@khwe.de

Bildmaterial kann per Post an folgende Adresse gesendet werden:

St. Ansgar Krankenhaus

Sekretariat Onkologie - Tumorkonferenz

Brenkhäuser Straße 71

37671 Höxter

Die Tumorkonferenz findet jeden Donnerstag (mit Ausnahme von Feiertagen) um 15:45 Uhr im Demoraum der Radiologie statt.

Anmeldungen müssen bis spätestens Mittwochabend vorliegen.

Eine Teilnahme kann nur erfolgen, wenn alle Befunde, die Einverständniserklärung und ggf. Bildmaterial vorliegen. Bitte beachten Sie die Postwegzeiten.

Als vorstellender Arzt können Sie selbstverständlich für Ihre Patienten an der Konferenz teilnehmen. Für die Teilnahme an der Tumorkonferenz erhalten Sie Fortbildungspunkte.
Der Patient ist über die Meldung an das Landeskrebsregister NRW zu informieren. Die Patienteninformation des LKR NRW finden Sie in unserem Downloadbereich.

Nach der Konferenz wird dem vorstellenden Arzt und ggf. angegebenen Ärzten im Verteiler ein schriftliches Protokoll per Post zugesandt.

Für weitere Fragen zum Thema Tumorkonferenz können Sie sich telefonisch an Frau Sulitze unter der Telefonnummer 05271-66 18 2793 wenden.