

Anmeldung Tumorkonferenz

Datum:

Patient	Zuweiser/Hausarzt
Name, Vorname:	Name:
Geb.Dat.	Tel.(Rückfragen):
<input type="checkbox"/> Zweitmeinung	<input type="checkbox"/> Pat.-Einverständnis liegt vor.

Vorstellung bitte nur mit akt. Radiolog. Bildgebung!

Vorstellung von:

Diagnose:

Nebendiagnosen:

ECOG-Status:

ECOG Status 0	Normale, uneingeschränkte Aktivität, wie vor der Erkrankung
ECOG Status 1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, gehfähig, leichte körperliche Arbeit möglich
ECOG Status 2	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig, kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen
ECOG Status 3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden
ECOG Status 4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden

Histologie (wenn vorhanden):

Fragestellung:

Vom Zentrum auszufüllen: Tumorstadium:

Histologie:

Diagnostik:/Staginguntersuchungen:

- TCT PETCT cMRT:
 Bronchoskopie: EBUS: Lungenfunktionsdiagnostik:

Therapieempfehlung:

- OP Strahlentherapie Systemtherapie

Nä.Akteur: TC PN ST ON andere