

Lymphome, Leukämien, Plasmozytome und andere hämatologische Systemerkrankungen

<p>Patient/Geburtsdatum/Anschrift:</p> <p>am UKR bekannt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Patient hat für die Vorstellung im Tumorboard (inkl. Dokumenteneinsicht) eingewilligt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Der zur Tumorkonferenz angemeldete Patient wurde von mir über Zweck und Teilnehmerkreis der Tumorkonferenz aufgeklärt.</p>	<p>Zuweiser Arzt/ Praxis/Krankenhaus/andere: (Bitte Praxisstempel oder Anschrift in Klarschrift)</p> <p><input type="checkbox"/> HAEMAT <input type="checkbox"/> KMT</p>
<p>Unterschrift Zuweiser: <input type="checkbox"/> Überweisungsschein Muster 6 anbei</p> <p><input type="checkbox"/> Der Fall wurde bereits vorab (telefonisch) besprochen mit <input type="checkbox"/> nicht vorab besprochen</p>	
<p>Diagnosen Hauptdiagnose mit ggf. vorliegender Subklassifikation, Stadieneinteilung, Ausbreitung initial und zum aktuellen Zeitpunkt. Für die Therapie relevante Nebendiagnosen. Risikostratifikation (z.B. IPI, ELN, etc.)</p>	
<p>Allgemeinzustand (WHO/ECOG-Status) zum aktuellen Zeitpunkt</p> <p><input type="checkbox"/> 0 Normale körperliche Aktivität wie vor der Erkrankung <input type="checkbox"/> 1 Leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen möglich <input type="checkbox"/> 2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen <input type="checkbox"/> 3 Nur bedingt Selbstversorgung möglich, ist zu 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden <input type="checkbox"/> 4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden</p>	
<p>Histologie/Zytologie (inkl. Patholog. Labor und Nummer) Ggf. auch relevante Spezialuntersuchungen (Genetik etc.). Angabe zumindest der jüngsten relevanten Befunde mit Datum und Institut.</p>	

Bildgebung (bei auswärtigen Befunden Bilder auf CD plus schriftlicher Befund notwendig!)

- | | | | | |
|---|---------------------------------|--------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CT | <input type="checkbox"/> PET-CT | Datum: | <input type="checkbox"/> UKR | <input type="checkbox"/> extern |
| <input type="checkbox"/> MRT | | Datum: | <input type="checkbox"/> UKR | <input type="checkbox"/> extern |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | Datum: | <input type="checkbox"/> UKR | <input type="checkbox"/> extern |
| <input type="checkbox"/> keine Bildgebung | | | | |

Bisherige Therapie und Verlauf

Bereits durchgeführte Therapiemaßnahmen mit Zeitangabe und Ergebnis (Beispiel: 08/16 -12/16: 6 Zyklen R-CHOP, anschließend CR). Entwicklung relevanter Verlaufsparameter (z.B. M-Gradient) bitte angeben

Fragestellung an die Tumorkonferenz

Behandlungsvorschlag:

Anlagen

Erwünscht ist immer: aktuelle Pathologie-Befunde, Bildgebung (s.o.). Arztbrief mit Therapieverlauf, ausgewählte Laborbefunde.

Bitte senden Sie die Unterlagen an:

Universitätsklinikum Regensburg
Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III
Leitstelle
Tel: + 49 941 944 5510
Fax: +49 941 944 5511
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg

Koordination:

Dr. med. Martin Vogelhuber
Dr. med. Stephanie Mayer
Tel: +49 941 944 5510
oder:
Tel: +49 941 9440 (anrufen via Pforte)