

Lymphome, Leukämien, Plasmozytome und andere hämatologische Systemerkrankungen

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

**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 Verlaufsparemeter (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)