

Lymphome, Leukämien, Plasmozytome und andere hämatologische Systemerkrankungen

Patient/Geburtsdatum/Anschrift:	Zuweiser Arzt/ Praxis/Krankenhaus/andere: (Bitte Praxisstempel oder Anschrift in Klarschrift)
<p>Der zur Tumorkonferenz angemeldete Patient wurde von mir über Zweck und Teilnehmerkreis der Tumorkonferenz aufgeklärt. Bitte schicken Sie uns einen Überweisungsschein Muster 6.</p> <p>Unterschrift Zuweiser:</p>	
<p><input type="checkbox"/> Der Fall wurde bereits vorab (telefonisch) besprochen mit</p> <p><input type="checkbox"/> nicht vorab besprochen</p>	
<p>Diagnosen</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen möglich</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Nur bedingt Selbstversorgung möglich, ist zu 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich, völlig an Bett oder Stuhl gebunden</p>	
<p>Histologie/Zytologie (inkl. Patholog. Labor und Nummer)</p> <p>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 Verlaufparameter (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
ICT Stützpunkt
Tel: + 49 941 944 5555
Fax: +49 941 944 4828
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg

Koordination:

Dr. med. Martin Vogelhuber
Dr. med. Stephanie Mayer
Tel: +49 941 944 5510