

Anmeldung von externen Patienten zu Tumorkonferenzen im Pius-Hospital



Anmelderdaten		
Name des anmeldenden Arztes/Ärztin	Telefon	Fax/Email (für Rückantwort)
Klinik/Praxis	Teilnahme an der Tumorkonferenz erfolgt	
	<input type="checkbox"/> vor Ort	<input type="checkbox"/> per Videokonferenz*
	<input type="checkbox"/> keine persönliche Teilnahme möglich	

* Den Teilnahme-Link erhalten Sie über die angegebene Email Adresse

Bitte gewünschte Tumorkonferenz ankreuzen:

Entität/Konferenz:	Tag	Uhrzeit ab	Ort
<input type="checkbox"/> Viszeralonkologie (GI)	montags	14.15	Demoraum Radiologie 4. Etage F-Flügel
<input type="checkbox"/> Brust-/Gyn.Krebszentrum	montags	15.45	
<input type="checkbox"/> Lungenkrebszentrum	dienstags	14.15	KONTAKT 0441-2294442
<input type="checkbox"/> Sarkomkrebszentrum/ Allgemeine Tumorkonferenz	dienstags	16.30	
<input type="checkbox"/> Neuro-onkologische Konferenz	mittwochs	15.00	

Datum der Vorstellung	
------------------------------	--

Anlass der Vorstellung	
<input type="checkbox"/> Prätherapeutische Vorstellung	<input type="checkbox"/> V. a. Progress/ Rezidiv
<input type="checkbox"/> Postoperative Vorstellung	<input type="checkbox"/> Therapieänderung
<input type="checkbox"/> Therapiefestlegung	<input type="checkbox"/> Indikation PET-CT

Bisher durchgeführte Untersuchungen:

Bildgebende Untersuchungen	Datum	Histologiegewinnung	Datum
<input type="checkbox"/> CT		<input type="checkbox"/> ÖGD/Gastroskopie	
<input type="checkbox"/> PET-CT		<input type="checkbox"/> Rektoskopie/ Coloskopie	
<input type="checkbox"/> MRT		<input type="checkbox"/> Bronchoskopie	
<input type="checkbox"/> Röntgen		<input type="checkbox"/> CT gesteuerte Punktion	
<input type="checkbox"/> Knochenszintigramm		<input type="checkbox"/> OP	
<input type="checkbox"/> Mammographie		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sonographie			

Patientenunterlagen/Befunde/Bildgebung werden möglichst digital per

Upload ([Link](#)) CD* via DFÜ per Fax* übermittelt

* Pius-Hospital „Tumorkonferenz“, Georgstraße 12, 26121 Oldenburg, Fax 0441-2291225

Datenschutz

Patient wurde informiert und das Einverständnis zur Vorstellung/zum Datentransfer mit der Tumorkonferenz im Pius-Hospital liegt vor.

Anmerkung: Die Informationspflicht über die Tumorkonferenz obliegt dem Anmelder!

Zum Download: https://www.pius-hospital.de/sites/default/files/daten/dokumente/kliniken-zentren/patienteneinverstaendniserklaerung_datenschutzrechtliche_einwilligung_cancer_center.pdf

Patientenangaben			
Name	Vorname	Geburtsdatum	Telefon
PLZ/Wohnort		Straße/Hausnummer	

Klinische Angaben												
Tumor- /Verdachtsdiagnose (ED, Lokalisation, Staging)												
Aktuelles Tumorstadium TNM, R-Status, Grading, Stadium												
Vorgeschichte (bisherige Tumorthherapie oder Diagnostik)												
Aktuelle Befunde, z.B.: - Histologie - Molekularpathologie - Labor, Tumormarker												
	ER		PR		Her2neu		FISH/SISH		Ki67			
	Pole		P53		L1CAM		LVSI					
ECOG	<input type="checkbox"/> 0		<input type="checkbox"/> 1		<input type="checkbox"/> 2		<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 4			
Raucherstatus	<input type="checkbox"/> Nie	von			bis		PY		<input type="checkbox"/> unbekannt			
Hormonstatus	<input type="checkbox"/> Prämenopausal				<input type="checkbox"/> Postmenopausal				<input type="checkbox"/> unbekannt			
Zusätzliche Informationen (z.B. Familientumoranamnese)												
Relevante Komorbiditäten												
Konkrete Fragestellung												
Weiteres...												

Nach erfolgter Tumorkonferenz* erhalten Sie per Fax/Email das Protokoll spätestens am Folgetag. Bitte informieren Sie als Anmelder Ihre Patienten über die Beschlüsse/ Termine der Konferenz. Vielen Dank

*Verschiebungen können aufgrund ausstehender Befunde möglich sein