**am Mittwoch,** **, Uhrzeit: 14.30 Uhr
Ort: Virtuell oder Raum 716 Station 92, Medizinische Klinik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** |       | **geb.** |       |
| **Adresse** |       | **Versicherung** |       |
| Die Patientin/der Patient wurde über die Weitergabe ihrer/seiner Gesundheitsdaten zur interdisziplinären Beratung in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO informiert und hat ihr/sein Einverständnis hierzu erklärt. | **Ja** [ ]  |
| **Diagnose** |       | **ED** |       |
| **Primärmanifestationen** |       | **ECOG** (Pflichtangabe) |       |
| **Initialstadium/****aktuelle Scores** |       |
| **Nebendiagnosen** |       |
| **Fragestellung** |       |
| Akute undifferentierte Leukämie (AUL) | [ ]  | Haarzellleukämie | [ ]  |
| Akute lymphoblastische Leukämie (ALL) | [ ]  | Hämoglobinopathien | [ ]  |
| Akute myeloische Leukämie (AML) | [ ]  | Hämophagozytische Lymphohistiozytose (HLH) | [ ]  |
| Aplastische Anämie (AA) | [ ]  | Immunthrombozytopenie (ITP) | [ ]  |
| BPDCN (blastische plasmozytoide dendritische Zellneoplasie) | [ ]  |  Mastozytose | [ ]  |
| Chronisch myelomonozytäre Leukämie (CMML) | [ ]  | Osteomyelofibrose (OMF) | [ ]  |
| Chronische lymphatische Leukämie (CLL) | [ ]  | Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie (PNH) | [ ]  |
| Chronische myeloische Leukämie (CML) | [ ]  | Polyzythämia Vera (PV) | [ ]  |
| Eosinophilenleukämie | [ ]  | T-Zell Prolymphozytenleukämie (T-PLL) | [ ]  |
| Essentielle Thrombozytopenie (ET) | [ ]  | Sonstiges |       |
| **Pathologie** (Befund beifügen) |       |
| **Molekulargenetik** (Befund beifügen) |       |
| **Therapie und Verlauf** |       |
| **Anmeldung durch Arzt/Ärztin** |       | **Tel.** |       |
| **Klinik/Praxis** |       |
| **Anschrift** |       | **Fax** |       |