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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** |  | | | **geb.** | |  | |
| **Diagnose** |  | | | | | | |
| AML | |  | Immundefekt | | | |  |
| ALL | |  | Gerinnungsstörung | | | |  |
| MDS | |  | CAR-T Zell Indikation | | | |  |
| MPN/MF | |  | Transplantationsindikation | | | |  |
| Aplastische Anämie | |  | Sonstiges | | | |  |
| **Datum der Erstdiagnose** | |  | | | | | |
| **Pathologie** (Ort, Befundnummer) | |  | | | | | |
| **Molekulargenetik** (Ort, Befundnr.) | |  | | | | | |
| **Initialstadium** | |  | | | | | |
| **Primärmanifestationen** | |  | | | | | |
| **Therapie und Verlauf** | |  | | | | | |
| **Begleiterkrankungen** | |  | | | | | |
| **Karnofsky-Index** | |  | | | | | |
| **Fragestellung** | |  | | | | | |
| **Anwesenheit von Spezialisten erforderlich (ggf. Abteilung)?** | |  | | | | | |
| **Anmeldender Arzt/Ärztin** | |  | | | **Tel.** | |  |
| **Klinik/Station** | |  | | | | | |
| **Hausärztin/Hausarzt** | |  | | | **Tel.** | |  |
| **Anschrift** | |  | | | **Fax** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Krankenschein wird zugeschickt** | | **ja** |  | **nein** | \* |
| **\*falls nein, Krankenkasse:** |  | **Versicherungsnr.** | |  | |