

**Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren**

# **Anmeldung zur Sarkomkonferenz am Montag, den**

15.00 Uhr s.t., Demo-Raum Röntgen, Ebene 3, Raum 302

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patient/-in (Name, Vorname) |       | Geb. |       |
| Adresse und Tel.nr.(bei Erstanmeldung) |       |
| Meldende(r) Ärztin/Arzt: |       | Pieper: |       |
| Station/Abteilung: |       | Tel. |       |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| • Erstdiagnose (Mon/Jahr): |       | ECOG: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| • Histologie: |       |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| • Präparatedemo notwendig | [ ]  nein [ ]  ja |  |  |  |
| • Lokalisation: |       |
| • Größe [cm]: |       |  |  |
| • Ausdehnung: | [ ]  lokoregional | [ ]  metastasiert |  |  |
| • Grading: | [ ]  G1 | [ ]  G2 | [ ]  G3  | [ ]  unbekannt |
| • Stadium TNM: | [ ]  T1 / [ ] T2 | [ ]  Ta / [ ]  Tb | [ ]  N0 / [ ]  N1 | [ ]  M0 / [ ]  M1 |
| • Resektionsstatus: | [ ]  R0 | [ ]  RI | [ ]  RII | [ ]  unbekannt |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| • Zuständige Pathologie: |       | E-Nr.: |       |

• Therapie (Chirurgie/Strahlentherapie/Chemotherapie) und Verlauf (stichwortartig mit Zeitangaben):

**• Welche Bildgebung soll vorgestellt werden:** Zuständige Radiologie (auswärtige Befunde müssen

 beigelegt werden!)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  CT [ ]  MRT [ ]  Röntgen | Datum:  |       |  |       |
| [ ]  CT [ ]  MRT [ ]  Röntgen | Datum:  |       |  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| • Konkrete Fragestellung: |       |

• Beiliegende Dokumente: [ ]  Histopathologiebericht [ ]  Bildgebung

 (auswärtige Patienten/-innen) [ ]  OP-Bericht [ ]  Überweisungsschein, gesetzlich versichert

 [ ]  Privat versichert

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt