

**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