**am Donnerstag,** **, Uhrzeit: 15.45 Uhr
Ort: Demo-Raum Radiologische Diagnostik, 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** |       | **Initialstadium** |       |
| **ECOG** (Pflichtangabe) |       |
| **Nebendiagnosen** |       |
| Burkitt-Lymphom | [ ]  | Marginalzonenlymphom nodal | [ ]  |
| CLL | [ ]  | Marginalzonenlymphom splenisch | [ ]  |
| Diffus-großzelliges B-Zell-Lymphom | [ ]  | Peripheres T-Zell-Lymphom | [ ]  |
| Follikuläres Lymphom | [ ]  | Multiples Myelom | [ ]  |
| Haarzellleukämie | [ ]  |  Smouldering Myeloma | [ ]  |
| Hodgkin-Lymphom | [ ]  | Solitäres Plasmozytom | [ ]  |
| Mantelzelllymphom | [ ]  | V.a. Lymphom (noch nicht gesichert) | [ ]  |
| Marginalzonenlymphom extranodal | [ ]  | Sonstiger Tumor |       |
| **Pathologie** (Befund beifügen) |       |
| **Therapie und Verlauf** |       |
| **Bildgebung** (Befund beifügen) |       |
| **Fragestellung** |       |
| **Anmeldung durch Arzt/Ärztin** |       | **Tel.** |       |
| **Klinik/Praxis** |       |
| **Anschrift** |       | **Fax** |       |