



Centrum für Integrierte Onkologie
Aachen Bonn Köln Düsseldorf

Tumorboard-Anmeldung für externe Patienten

Zentrales CIO Tumorboard

(u.a. gastrointestinale Tumoren, neuroendokrine Neoplasien, Sarkome)

Leitung: PD Dr. Thomas Zander, stv. Prof. Dr. Jürgen Wolf,
Ort: Konferenzraum Chirurgische Poliklinik, Bettenhaus
Ebene 0, Kerpener Straße 62, 50937 Köln

montags, 16:00 Uhr

Bitte per Fax an 0221 – 478 30543

Bei Rückfragen 0221 – 478 87007
oder 0221 – 478 85553

Patientenanmeldung für das Tumorboard am Montag, den _____
Bitte Vorstellungsdatum eintragen

Patient		Kontakt anmeldender Arzt <i>für Rückmeldungen und zur Übermittlung des Tumorboard-Beschlusses</i>	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Geburtsdatum		Adresse	
Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		Telefon	
		Fax	
Angaben zur Tumorerkrankung			
Diagnose (Monat/Jahr)		<input type="checkbox"/> Erstdiagnose (/) <input type="checkbox"/> Rezidiv (/) <input type="checkbox"/> Progress (/)	
Freitextdiagnose (Lokalisation/Metastasen)			
Relevante Nebendiagnosen			
ICD-10			
Histologie/Grading			
cTNM (klinische Klassifikation)			
pTNM (pathologische Klassifikation)			
Tumorstadium nach UICC			
Allgemeinzustand (nach Karnofsky oder ECOG)			
Angaben zur bisherigen Diagnostik			



	Datum	Befund	Demo gewünscht
<input type="checkbox"/> CT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> CT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> MRT			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PET			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Röntgen			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonographie (Abdomen)			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Koloskopie			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gastroskopie			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Andere ()			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Keine Demonstration von Bildgebung im Tumorboard notwendig.			
Angaben zur bisherigen Therapie			
	Datum	Erläuterung/Bemerkung	
<input type="checkbox"/> keine			
<input type="checkbox"/> OP			
<input type="checkbox"/> Chemotherapie			
<input type="checkbox"/> Strahlentherapie			
<input type="checkbox"/> Andere ()			
Vorschlag für (weitere) Therapie			
Fragestellung (zum allgemeinen Vorgehen o. Stellungnahme zum Therapievorschlag erbeten)			



Bemerkungen	
-------------	--

Ihre Teilnahme/ Nicht-Teilnahme am Tumorboard
<p><input type="checkbox"/> Ich nehme am Tumorboard teil.</p> <p>Relevante <u>bildgebende Befunde</u> senden Sie bitte bis Freitag, 14:00 Uhr an tumorboard-cio@uk-koeln.de oder per Post – möglichst auf CD – (Eingang spätestens Donnerstag) an das Klinische Krebsregister (Uniklinik Köln, Kerpener Straße 62, Gebäude 70, Ebene 5, R. 5.101, 50937 Köln) mit dem Vermerk „Bildgebung: CIO Tumorboard-Anmeldung von extern“.</p> <p><u>Alle weiteren relevanten Befunde/Dokumente</u> bringen Sie bitte mit ins Tumorboard.</p>
<p><input type="checkbox"/> Ich nehme nicht am Tumorboard teil.</p> <p><i>Ihr Ansprechpartner</i> aus unserer Klinik: _____</p> <p>Relevante <u>bildgebende Befunde</u> senden Sie bitte bis Freitag, 14:00 Uhr an die E-Mail-Adresse tumorboard-cio@uk-koeln.de oder per Post – möglichst auf CD – (Eingang spätestens Donnerstag) an das Klinische Krebsregister (Uniklinik Köln, Kerpener Straße 62, Gebäude 70, Ebene 5, R. 5.101, 50937 Köln) mit dem Vermerk „CIO Tumorboard-Anmeldung von extern“.</p> <p><u>Alle weiteren relevanten Befunde/Dokumente</u> lassen Sie bitte Ihrem Ansprechpartner zukommen.</p> <p><i>Falls Sie keinen Ansprechpartner haben</i>, senden Sie diese bitte an: tumorboard-cio@uk-koeln.de.</p>

Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patientendaten an das CIO Köln im Rahmen der Anmeldung zum Tumorboard den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Behandlung aufgeklärt habe. Der Patient hat dem in vollem Umfang zugestimmt.

Datum, Unterschrift des anmeldenden Arztes