

Anmeldung zur interdisziplinären Tumorkonferenz

Email: onko-lotsin@mail.klinikum-darmstadt.de
Fax: 06151 107-6687
Tel: 06151 107-6682 und -6688



Onkologisches Zentrum

PATIENT/IN
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Adresse: _____

ANFORDERNDE PRAXIS/EINRICHTUNG:
Praxis/Klinik: _____
Ansprechpartner*in: _____
Telefonnummer: _____
Faxnummer: _____
Emailadresse: _____
EFN-Nummer: _____

Termine Tumorkonferenzen

Bitte gewünschte Konferenz ankreuzen

	Wochentag	Fachrichtung	Uhrzeit
<input type="checkbox"/>	Montag	Allgemeine Tumorkonferenz, Haut	15:30
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	HNO	7:40
<input type="checkbox"/>	Mittwoch	Gastrointestinales und pneumologisches Tumorboard	15:30
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	Allgemeine Tumorkonferenz	15:00
<input type="checkbox"/>	Donnerstag	Gynäkologisch-onkologische Tumorkonferenz	15:30
<input type="checkbox"/>	Freitag	Urologische Tumorkonferenz	8:00

Anmeldefrist: 2 Werktage vor der Konferenz

Onkologische Diagnose: _____ ICD: _____

Diagnosedatum: _____ Karnofsky Index: _____

Relevante Nebendiagnosen: _____

Erstdiagnose Rezidiv Metastase

Kurzanamnese/Verlauf: _____

Bisherige Therapie: _____

Wenn vorhanden, Histologie/TNM/Stadium: _____

Fragestellung für das Tumorboard: _____

Obligat: „Patienteninformation und Einwilligungserklärung interdisziplinäre Konferenzen und Zentren“
liegt unterschrieben vor und wird mit dem Anmeldeformular versandt: Ja

**Relevante Untersuchungsbefunde/Arztbriefe/radiologische Befunde/Histologie bitte beifügen
und radiologische Bilder über unser Portal hochladen**

Link: <https://klinikum-darmstadt.de/Onko-Upload-Portal>