

<b>Vorname Patient:</b>		<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Datum Tumorkonferenz:</b>
<b>Nachname Patient:</b>			
<b>Prätherapeutische Vorstellung:</b> <input type="checkbox"/> Primärtumor <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/> Zweitcarcinom <input type="checkbox"/> Fernmetastasen			
<b>Diagnose / ICD 10 Schlüssel:</b>		<b>Diagnosedatum:</b>	<b>Diagnostik:</b>
<b>Lokalisation:</b> <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits <input type="checkbox"/> irrelevant			<input type="checkbox"/> Panendoskopie
			<input type="checkbox"/> Sono Hals
			<input type="checkbox"/> Sono Abdomen
			<input type="checkbox"/> CT Hals
			<input type="checkbox"/> CT Thorax
			<input type="checkbox"/> MRT Hals
			<input type="checkbox"/> CT Abdomen
			<input type="checkbox"/> Zahnärztl. Vor.
			<input type="checkbox"/> HNO Unters.
<b>Morphologische Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Plattenepithelcarcinom <input type="checkbox"/> _____		<b>Pathologie Einsende-Nr.:</b>	<b>TNM mit UICC:</b> cT___ cN___ cM___ Grading ___ UICC: ___
<input type="checkbox"/> p16 positiv <input type="checkbox"/> p16 negativ <input type="checkbox"/> p16 unbekannt Andere Tumormarker:			
Relevante Vorerkrankungen:			
<b>Postoperative Vorstellung bzw. posttherapeutische Vorstellung:</b>			
<b>Operation / OPS Schlüssel:</b>		<b>OP-Datum:</b>	<b>Operateur:</b>
<input type="checkbox"/> OP-Bericht siehe Anlage			
<b>Morphologische Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Plattenepithelcarcinom <input type="checkbox"/> _____		<b>Pathologie Einsende-Nr.:</b>	<b>TNM mit UICC:</b> T___ N___ M___ L___ V___ Pn___ R___ Grading ___ bei MH: Invasionstiefe___ Lymphknoten: Anzahl entfernt___ befallen___
<b>Vorthherapie</b> z. B. Radiatio, Chemotherapie:			
<b>Beratungen:</b>	<b>Beratungsdatum:</b>	<b>Sonstiges:</b>	
<input type="checkbox"/> Sozialdienst			
<input type="checkbox"/> Psychoonkologie			
<input type="checkbox"/> Logopädie			
<input type="checkbox"/> Seelsorge			
<b>Fachabteilung/Absender:</b> <input type="checkbox"/> MKG <input type="checkbox"/> _____			
Name/Unterschrift: _____			