

Vorname Patient: Nachname Patient:		Geburtsdatum:	Datum Tumorkonferenz:																						
Prätherapeutische Vorstellung: ☐ Primärtumor ☐ Rezidiv ☐ Zweitcarcinom ☐ Fernmetastasen																									
Diagnose / ICD 10 Schlüssel: Lokalisation: ☐ rechts ☐ links ☐ beidseits ☐ irrelevant		Diagnosedatum:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="text-align: left;">Diagnostik:</th> <th style="text-align: left;">Datum:</th> </tr> <tr><td>☐ Panendoskopie</td><td></td></tr> <tr><td>☐ Sono Hals</td><td></td></tr> <tr><td>☐ Sono Abdomen</td><td></td></tr> <tr><td>☐ CT Hals</td><td></td></tr> <tr><td>☐ CT Thorax</td><td></td></tr> <tr><td>☐ MRT Hals</td><td></td></tr> <tr><td>☐ CT Abdomen</td><td></td></tr> <tr><td>☐ Zahnärztl. Vor.</td><td></td></tr> <tr><td>☐ HNO Unters.</td><td></td></tr> <tr><td>☐</td><td></td></tr> </table>	Diagnostik:	Datum:	☐ Panendoskopie		☐ Sono Hals		☐ Sono Abdomen		☐ CT Hals		☐ CT Thorax		☐ MRT Hals		☐ CT Abdomen		☐ Zahnärztl. Vor.		☐ HNO Unters.		☐	
Diagnostik:	Datum:																								
☐ Panendoskopie																									
☐ Sono Hals																									
☐ Sono Abdomen																									
☐ CT Hals																									
☐ CT Thorax																									
☐ MRT Hals																									
☐ CT Abdomen																									
☐ Zahnärztl. Vor.																									
☐ HNO Unters.																									
☐																									
Morphologische Diagnose: ☐ Plattenepithelcarcinom ☐ _____		Pathologie Einsende-Nr.:	TNM mit UICC: cT____cN____cM____ Grading ____ UICC: ____																						
☐ p16 positiv ☐ p16 negativ ☐ p16 unbekannt Andere Tumormarker:																									
Relevante Vorerkrankungen / Therapien:																									
Postoperative Vorstellung bzw. posttherapeutische Vorstellung:																									
Operation / OPS Schlüssel: ☐ OP-Bericht siehe Anlage		OP-Datum:	Operateur:																						
Postop. Morphologische Diagnose: ☐ Plattenepithelcarcinom ☐ _____		Pathologie Einsende-Nr.:	TNM mit UICC: pT____pN____cM____ L____V____Pn____R____ Grading ____ Invasionstiefe_____ Lymphknoten: Anzahl entfernt____befallen____																						
Beratungen: ☐ Sozialdienst ☐ Psychoonkologie ☐ Logopädie ☐ Ernährungsberatung	Beratungsdatum:	Sonstiges: Disstresbogen ausgefüllt: Ja ☐ Nein ☐ ECOG und Karnofsky: ____/____																							
Therapieempfehlung zur TU-Konferenz:																									
Fachabteilung/Absender: ☐ MKG ☐ _____ Name/Unterschrift:																									