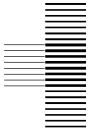




Anmeldung externer Patienten zur Interdisziplinären Konferenz Urologische Tumore

<p>! Die Tumorkonferenz Uroonkologische Tumore findet donnerstags von 15 Uhr – 15.30 Uhr statt. Die Patienten sollen vor der Anmeldung und Vorstellung in der Tumorkonferenz über den Zweck und den Teilnehmerkreis (i.d.R Chef- und Oberärzte der teilnehmenden Fachrichtungen, aber auch externe Experten, Ärzte in Weiterbildung, PJ- Studenten, nicht- ärztliche Berufsgruppen zur Fortbildung, einweisende Ärzte auswärtiger Kliniken) unterrichtet werden. Alle Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht. Mit der Anmeldung zum Tumorboard bestätigt der anmeldende Arzt die Information des Patienten über den Teilnehmerkreis an der Tumorkonferenz. !</p>								
Patientendaten	Patient Nachname, Vorname: 		Urologische und Kinderurologische Klinik Direktor: Prof. Dr. med. B. Wullich					
	Patient Geburtsdatum: 							
	Patient Adresse: Straße, Hausnr. Postleitzahl, Ort, ggf. Land		Interdisziplinäres Tumorboard Prof. Dr.med. P.J. Goebell PD Dr. D. Sikic AURONTE Arzt/Ärztin					
	Patient Kontaktdaten: Telefon Fax Emailadresse		Übermittlung der Anmeldung an: Urologische Abteilung des Waldkrankenhauses St. Marien und Urologische und Kinderurologische Klinik des Uniklinikums Erlangen Studienzentrale Rathsberger Str. 57 91054 Erlangen					
	Patient Versicherungsdaten: Patient Versicherer: Name der Versicherung		Postalisch: Urologische Abteilung des Waldkrankenhauses St. Marien und Urologische und Kinderurologische Klinik des Uniklinikums Erlangen Studienzentrale Rathsberger Str. 57 91054 Erlangen					
<input type="checkbox"/> ambulant allgemein <input type="checkbox"/> ambulant privat <input type="checkbox"/> stationär allgemein <input type="checkbox"/> stationär privat		Anmeldung: Fax: 09131/822-5061 oder Mail: ur-tumorboardanmeldung@uk-erlangen.de						
Arzt Daten	Anmeldender Arzt: <small>Bitte zur Befundübermittlung angeben</small> Titel Vorname Name Adresse Telefonnr. Emailadresse Betriebsstellenummer Stempel		Weitere Adressaten <small>Bitte weitere Adressen zur Befundübermittlung angeben</small> (nur schriftlich) <input type="checkbox"/> Hausarzt: <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> Pat. selbst: <input type="checkbox"/> weitere Klinik:					
	Aktuelle Diagnose(n): 							
Diagnostik: 								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; padding: 5px;">cTNM:</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">iPSA:</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">Gleason-Score:</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">Biopsie: links positive</td> <td style="width: 25%; padding: 5px;">Biopsie rechts positive:</td> </tr> </table>				cTNM:	iPSA:	Gleason-Score:	Biopsie: links positive	Biopsie rechts positive:
cTNM:	iPSA:	Gleason-Score:	Biopsie: links positive	Biopsie rechts positive:				
Bisherige Therapie: 								
Fragestellung an die Konferenz: 								
<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ECOG <input type="checkbox"/> 0-normal - 100% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 1-Einschränkungen - 80-90% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 2-nicht arbeitsfähig - 60-70% nach Karnofsky </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 3-begrenzte Selbstversorgung - 40-50% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 4-voll pflegebedürftig - 10-30% nach Karnofsky </td> </tr> </table>				ECOG <input type="checkbox"/> 0-normal - 100% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 1-Einschränkungen - 80-90% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 2-nicht arbeitsfähig - 60-70% nach Karnofsky	<input type="checkbox"/> 3-begrenzte Selbstversorgung - 40-50% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 4-voll pflegebedürftig - 10-30% nach Karnofsky			
ECOG <input type="checkbox"/> 0-normal - 100% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 1-Einschränkungen - 80-90% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 2-nicht arbeitsfähig - 60-70% nach Karnofsky	<input type="checkbox"/> 3-begrenzte Selbstversorgung - 40-50% nach Karnofsky <input type="checkbox"/> 4-voll pflegebedürftig - 10-30% nach Karnofsky							



Anmeldung externer Patienten zur Interdisziplinären Konferenz Urologische Tumore

Organ-system	<input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> Harnröhre	<input type="checkbox"/> Niere <input type="checkbox"/> Hoden	<input type="checkbox"/> Harnblase <input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/> Harnleiter <input type="checkbox"/> Sonstiges
Material / Unterlagen	Art	Genaue Beschreibung		Form
	<input type="checkbox"/> Bildgebendes Material	Bitte zutreffendes ankreuzen: <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> IVP <input type="checkbox"/> Röntgen Thorax <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Skelettszintigraphie <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte hier angeben, wo Bildgebung durchgeführt wurde)		<input type="checkbox"/> Dokumente, per Post <input type="checkbox"/> CD/DVD, per Post <input type="checkbox"/> per Fax
	<input type="checkbox"/> Arztbriefe			<input type="checkbox"/> Dokumente, per Post <input type="checkbox"/> CD/DVD, per Post <input type="checkbox"/> per Fax
	<input type="checkbox"/> Befunde			<input type="checkbox"/> Dokumente, per Post <input type="checkbox"/> CD/DVD, per Post <input type="checkbox"/> per Fax
	<input type="checkbox"/> Laborwerte	Bitte zutreffendes ankreuzen: <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> PCA3 <input type="checkbox"/> NPM22 <input type="checkbox"/> PLAP <input type="checkbox"/> Sonstiges		<input type="checkbox"/> Dokumente, per Post <input type="checkbox"/> CD/DVD, per Post <input type="checkbox"/> per Fax
<input type="checkbox"/> Sonstiges			<input type="checkbox"/> Dokumente, per Post <input type="checkbox"/> CD/DVD, per Post <input type="checkbox"/> per Fax	
Keine Rücksendung von zur Verfügung gestelltem Material möglich.				
Einverständnis	Erklärung zu Einverständnis und der Weitergabe von Daten: Der oben genannte von mir zum Urologischen Tumorboard des Uroonkologischen Zentrums Erlangen angemeldete Patient wurde von mir über Zweck und Teilnehmerkreis der Konferenz informiert. Mit der Besprechung seines Falles in der Konferenz, der Einreichung seiner Unterlagen durch mich sowie der Übermittlung des abschließenden Konferenzberichts an mich, und sofern gewünscht, an sich selbst, ist der Patient einverstanden.			
	Ort, Datum	Stempel des anmeldenden Arztes	Unterschrift des anmeldenden Arztes	
<p>! <input type="checkbox"/> Die unterschriebene Einverständniserklärung des Patienten zur Anmeldung in der Interdisziplinären Konferenz Urologische Tumore und Weitergabe der schriftlichen und/oder mündlichen Empfehlung der Interdisziplinären Konferenz Urologische Tumore liegt bei. !</p>				
Zur internen Bearbeitung: <input type="checkbox"/> prätherapeutische Vorstellung <input type="checkbox"/> posttherapeutische Vorstellung				