|  |  |
| --- | --- |
| **Datum Tumorkonferenz** |  |
| **Pat.-Name, Geburtsdatum** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Kopie an Hausarzt / Facharzt** |  |
| **Behandelnder Onkologe** |  |
| **IDZB-Nummer (nur KRK)** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldung durch:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bilddokumentation für Tumorboard-Vorstellung erforderlich?** (Organisation erfolgt über Doku-Büro) | nein / Ja, MRT / CT / PET |

|  |
| --- |
| **Hauptdiagnose mit Tumorstatus und relevante Nebendiagnosen** |

(Hier bitte Diagnose und Tumorstatus aus Arztbrief einfügen)

|  |  |
| --- | --- |
| **Obligat für Rektum-Patienten:** | |
| Angabe des Abstands zur mesorektalen Faszie bei RK im unteren und mittleren Drittel und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens | \_\_\_\_ mm |

|  |
| --- |
| **Anamnese** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Obligat für KRK-Patienten:** | |
| Wurde bei einem Verwandten ersten Grades Darmkrebs festgestellt? (HNPCC-Patientenfragebogen: Nur Frage 1 = ja -> Empfehlung zu engmaschigerer Nachsorge ) | ja / nein |
| V.a. HNPCC n. Amsterdam-/Bethesda-Kriterien  (HNPCC-Patientenfragebogen: Wird eine der Fragen 2 bis 7 mit ja beantwortet, muss eine genetische Beratung empfohlen und durch den behandelnden Arzt veranlasst werden: siehe dazu auch **Verfahrensbeschreibung „Erblicher Darmkrebs und genetische Beratung“**). | ja / nein |

|  |
| --- |
| **Symptome und Staging** |

|  |
| --- |
| **Operation** |

(Hier bitte Befund, Therapie und OP-Datum aus Arztbrief eingeben)

|  |
| --- |
| **Histologie** |

|  |
| --- |
| **Therapie und Verlauf** |

|  |
| --- |
| **Prätherapeutische Tumorboardempfehlung am xx.xx.xxxx** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tumorformel** | cTx, cNx, cMx |
| **Therapieintention** | kurativ / palliativ / chronische Erkrankung |
| **Weitere Diagnostik** | nicht erforderlich, Staging abgeschlossen / MSI-Untersuchung / ja, folgende: |
| **Operation** |  |
| **Chemotherapie** | nicht indiziert / nicht möglich wegen Alter, AZ, Komorbidität / palliative Ctx / neoadjuvante Ctx / kurative Ctx z.B. mit |
| **Strahlentherapie** | nicht möglich wegen Alter, AZ, Komorbidität / nicht indiziert / ja |
| **Sonstige Therapie** | nein / Genetische Beratung / nicht indiziert / ja, folgende: |
| **Nachsorge** | ja nach Leitlinie / nein |
| **Studienteilnahme** | nein / nicht möglich / ja, Name der Studie: |
| **Wiedervorstellung** | nicht notwendig / nach Vorliegen aller Befunde |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bemerkungen** | Keine |

|  |  |
| --- | --- |
| Bilddokumentation präsentiert? | Nein/Ja |
| Vollständige Koloskopie durchgeführt? | Nein/Ja |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verantwortliche/r Ärztin/Arzt für die Initiierung der weiteren Diagnostik/Therapie:** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leiter der Tumorkonferenz**

**(**Herr Orfgen/Dr. Sippel/Frau Becker)

**Kenntnisnahme des Protokolls durch behandelnden Arzt:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum / Unterschrift Arzt**

|  |
| --- |
| **Postoperative Tumorboardempfehlung am XX.XX.XXXX** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Tumorformel** | pTx, pNx, cMx |
| **Therapieintention** | kurativ / palliativ / chronische Erkrankung |
| **Weitere Diagnostik** | nicht erforderlich, Staging abgeschlossen / MSI-Untersuchung / ja, folgende: |
| **Operation** | Viszeralchirurgisch abgeschlossen / erfolgt / |
| **Chemotherapie** | nicht indiziert / nicht möglich wegen Alter, AZ, Komorbidität / palliative Ctx / neoadjuvante Ctx / kurative Ctx z.B. mit |
| **Strahlentherapie** | nicht möglich wegen Alter, AZ, Komorbidität / nicht indiziert / ja |
| **Sonstige Therapie** | nein / Genetische Beratung / nicht indiziert / ja, folgende: |
| **Nachsorge** | ja nach Leitlinie / nein |
| **Studienteilnahme** | nein / nicht möglich / ja, Name der Studie |
| **Wiedervorstellung** | nicht notwendig / nach Vorliegen aller Befunde |

|  |  |
| --- | --- |
| **Bemerkungen** | Keine |

|  |  |
| --- | --- |
| Bilddokumentation präsentiert? | Nein/Ja |
| Vollständige Koloskopie durchgeführt? | Nein/Ja |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verantwortliche/r Ärztin/Arzt für die Initiierung der weiteren Diagnostik/Therapie:** |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Leiter der Tumorkonferenz**

(Herr Orfgen/Dr. Sippel/Frau Becker)

**Kenntnisnahme des Protokolls durch behandelnden Arzt:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Datum / Unterschrift Arzt**

Entsprechend den Anforderungen der Deutschen Krebsgesellschaft an Onkologische Zentren und Organkrebs-zentren beinhaltet das vorliegende Protokoll eine individuelle, interdisziplinäre Therapieempfehlung der an der Diagnostik und Therapie beteiligten Hauptkooperationspartner der zertifizierten Zentren. An der Tumorkonferenz nehmen regelmäßig Vertreter der jeweiligen operativen Fachgebiete Pneumologie, Gastroenterologie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie und Strahlentherapie auf Facharztebene teil. Die Teilnahme an der Konferenz wird in einer Anwesenheitsliste dokumentiert, die im Dokumentationsbüro einsehbar ist.