



Tumorzentrum Anhalt
am Städtischen Klinikum Dessau e. V.
Auenweg 38

06847 Dessau

(wird vom Tumorzentrum ausgefüllt)

PAT-ID (GTDS): _____

Anmeldung zum interdisziplinären Tumorkonsil

Leitung: OA Dr. A. Florschütz
fachliche Rückfragen: Tel. (03 40) 50 1 – 12 65

Anmeldung: Mittwoch (spätestens Donnerstag bis 12.00 Uhr)

Dokumentationsunterlagen aus der bildgebenden Diagnostik (z. B. Röntgen, CT, MRT, Nuklearmedizin) und Nummer des histologischen Präparates müssen bis 13.00 Uhr des Konsiliartages beim Radiologen bzw. Pathologen sein.

am: _____ **vorstellender Arzt:** _____

vorstellende Klinik/Station: _____

Patientenangaben

(hier Patienten-Etikett aufkleben od. ausfüllen)

Der Patient wurde unterrichtet.*)

Der Patient wurde nicht unterrichtet.*)

*) Zutreffendes bitte ankreuzen!

bisher involvierte Abteilungen: _____

Diagnose: _____

TNM: _____ **Grading:** _____ **Residualtumor:** _____ **Karnofsky-Index:** _____ %

Bisherige Therapie: _____

Histologie (mit Nr.): _____

Histologie wo angefertigt: _____

Begleiterkrankungen: _____

Aktueller Befund: _____

Fragestellung: _____

gewünschte Fachdisziplin: _____