



Anmeldung externer Patienten zur Interdisziplinären Konferenz Urologische Tumore

!		<p>Die Interdisziplinäre Tumorkonferenz Urologische Tumore findet immer donnerstags (15.00-15.30 Uhr) statt und dient der interdisziplinären Besprechung von Patienten des Prostatakarzinomzentrums Erlangen mit Nieren- und Blasen Tumoren sowie der Besprechung externer Patienten zur Zweitmeinung. Die Teilnehmer der Konferenz können Mitarbeiter des Universitätsklinikum Erlangen, Kooperationspartner des Prostatakarzinomzentrums Erlangen mit Nieren- und Blasen Tumoren sowie niedergelassene Ärzte sein. Alle Teilnehmer unterliegen der Schweigepflicht. Der anmeldende Arzt bestätigt mit dieser Anmeldung die Information des Patienten über diesen Sachverhalt und dessen Einverständnis mit der Besprechung seines Falles in der Interdisziplinären Tumorkonferenz Urologische Tumore inkl. der Weitergabe seiner Daten.</p>				!	
Patientendaten	Patient Nachname, Vorname:		Urologische und Kinderurologische Klinik Direktor: Prof. Dr. med. B. Wullich Interdisziplinäres Tumorboard PD Dr. med. F. Kunath Dr. med. D. Sikic				
	Patient Geburtsdatum:						
	Patient Adresse: Straße, Hausnr. Postleitzahl, Ort, ggf. Land		Übermittlung der Anmeldung an: Urologie Urologisches Tumorboard Krankenhausstr. 12 91054 Erlangen				
	Patient Kontaktdaten: Telefon Fax Emailadresse						
Patient Versicherungsdaten:		<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-Tumorboard@uk-erlangen.de			
Patient Versicherer: Name der Versicherung							
Arztdaten	Anmeldender Arzt: <small>Bitte zur Befundübermittlung angeben</small> Titel Vorname Name Adresse Telefonnr. Emailadresse Betriebsstellenummer Stempel		Weitere Adressaten (nur schriftlich) <small>Bitte weitere Adressen zur Befundübermittlung angeben</small>				
			<input type="checkbox"/> Hausarzt: <input type="checkbox"/> andere: <input type="checkbox"/> Pat. selbst: <input type="checkbox"/> weitere Klinik:				
Fallbezogene Daten	Aktuelle Diagnose(n):						
	Diagnostik:						
	cTNM:	iPSA:	Gleason-Score:	Biopsie: links positive	Biopsie rechts positive:		
	Bisherige Therapie:						
	Fragestellung an die Konferenz:						
	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		
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			<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 Prostatakarzinomzentrums Erlangen mit Nieren- und Blasen Tumoren 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		
! <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. !							
Zur internen Bearbeitung: <input type="checkbox"/> prätherapeutische Vorstellung <input type="checkbox"/> posttherapeutische Vorstellung							

Kenn-Nr.: UKER-8-12389 Version: 4