|  |  |
| --- | --- |
| Tumorboard Kinder- und Jugendonkologie | Tel: 0041(0)31 – 632 94 95 Fax: 0041(0)31 – 632 95 07E-Mail an: kindertumorboard@insel.ch |
| Anmeldung für das TumorboardDas UZKJO-Tumorboard findet wöchentlich statt: Dienstag, 14:30 Uhr im Inselspital, Kinderklinik, Raum B611 | **Termin:** xx xx xxxx |
| Anmeldung bis spätestens Montag, 12:00 Uhr! |

|  |
| --- |
| **Angaben zu Patient/in** |
| **Name** |  | **Vorname** |  | **Geb.Datum** |   |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verantwortliche(r) Ärztin/Arzt** |  |

|  |
| --- |
| **Involvierte Disziplin** |
| [ ]  Kinderchirurgie [ ]  Neurochirurgie [ ]  Neuropädiatrie [ ]  Neuroradiologie [ ]  NUK [ ]  Päd. Bildgebung [ ]  Radio-Onkologie / PSI [ ]  (Neuro-)Pathologie [ ]   |

|  |
| --- |
| **Diagnose** mit Datum ED |
|  |

|  |
| --- |
| **Tumorstadium** |
| [ ]  Stadium I [ ]  Stadium II [ ]  Stadium III [ ]  Stadium IV [ ]  keine Angabe |

|  |
| --- |
| **Bei Resektion** |
| [ ]  en bloc [ ]  R0 [ ]  R1 [ ]  R2 [ ]  keine Angabe |

|  |
| --- |
| **Fragen an das Tumorboard** |
|  |

|  |
| --- |
| **Bildgebung / Diagnostik / Histologie** |
|  |

|  |
| --- |
| **Studienprotokoll** |
|  |

|  |
| --- |
| **Referenzbeurteilung** |
|  [ ]  Ja [ ]  Nein Wenn ja, Zentrum oder Studienzentrale:  |

|  |
| --- |
| **Beschluss** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Information an Patient/in / Eltern durch** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Anwesenheiten** |  Siehe separate Unterschriftenliste. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Unterschriften** |  |  |