|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tumorboard Kinder- und Jugendonkologie | Tel: 0041(0)31 – 632 94 95  Fax: 0041(0)31 – 632 95 07  E-Mail an: [kindertumorboard@insel.ch](mailto:kindertumorboard@insel.ch) | |
| Anmeldung für das Tumorboard Das UZKJO-Tumorboard findet wöchentlich statt:  Dienstag, 14:30 Uhr im Inselspital, Kinderklinik, A 523 | | **Termin:** xx xx xxxx |
| Anmeldung bis spätestens Montag, 12:00 Uhr! | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Verantwortliche(r) 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** | | | |
| **Oberarzt/Ärztin HONK** |  |
| **Assistenzarzt/Fellow HONK** |  |