

**Anmeldeformular:**  
**Uro-Onkologisches Tumorboard**

E-Mail an:  
[urologie.tumorboard@insel.ch](mailto:urologie.tumorboard@insel.ch)

Telefonische Anmeldung:  
Sucher: 181 – 6647 (Urodynamik-Arzt)  
Tel: +41(0)31 – 632 2045 (Sekretariat)

**Anmeldung für das Tumorboard**

**Anmeldungen bitte via o.g. E-Mail bis spätestens Dienstag, 16:30 Uhr!**  
**Nachmeldungen bis 12 Uhr Mittwochs bitte via telefonischer Anmeldung und E-Mail.**

**Termin:** \_\_\_\_\_

Das Uro-Onkologische Tumorboard findet wöchentlich statt:  
**Mittwochs, 16:30 Uhr**  
Im Anna-Seiler-Haus, 1.UG Rapportraum 2

**Angaben zum anmeldenden Arzt**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| AA: / OA:                 |  |
| Telefon / Sucher:         |  |
| Station / Abteilung       |  |
| Praxis / externes Spital: |  |

**Angaben zum Patienten**

|   |  |
|---|--|
| Name:                                     |  |
| Vorname:                                  |  |
| Geburtsdatum:                             |  |
| Hausarzt / zusätzliche Bericht-empfänger: |  |
| Patient vom:                              | <input type="checkbox"/> Inselspital <input type="checkbox"/> (extern) |

**Anwesenheit**

**(wird am Tumorboard ausgefüllt!)**

| Urologie:                                     | Med. Onkologie                                    | Radiologie                                      | Pathologie                              |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prof.Dr.G.N.Thalmann | <input type="checkbox"/> Prof.Dr.J.Beyer          | <input type="checkbox"/> Dr.V.Genitsch Gratwohl | <input type="checkbox"/> Dr.A.Rodriguez |
| <input type="checkbox"/> Prof.Dr.F.Burkhard   | <input type="checkbox"/> Dr.B.Özdemir             | <input type="checkbox"/> Dr.M.Maurer            | <input type="checkbox"/> OA Ch.Saganas  |
| <input type="checkbox"/> PD Dr.B. Kiss        | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                |
| <input type="checkbox"/> OA M. Duthaler       | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                |
| <input type="checkbox"/>                      | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/>                        |   |
| <input type="checkbox"/>                      |   |   |   |
|   | Nuklearmedizin:                                   | Radioonkologie                                  | Zusätzlich anwesend                     |
|   | <input type="checkbox"/> Prof.Dr.A.Afshar-Oromieh | <input type="checkbox"/> Prof.Dr.D.Aebersold    | <input type="checkbox"/>                |
|   | <input type="checkbox"/>                          | <input type="checkbox"/> Dr.M.Shelan            | <input type="checkbox"/>                |
|   |   | <input type="checkbox"/>                        | <input type="checkbox"/>                |

**Relevante medizinische Daten**

(Bearbeitung erfolgt nur bei vollständig vorliegenden Daten!)

**Diagnoseliste:**

(Tumorentität, inkl./vollständigem TNM Grading (bei Prostata-Ca: inkl. Gleason-Score und PSA-Verlauf, ggf. Testosteronlevel))

**Relevante assoziierte Symptome:**

**Bisherige Therapien:**

**Relevante Nebendiagnosen:**

**Relevante Bildgebungen:**

(externe Bildgebungen: Bilder bitte via PACS bereitstellen oder via CD ans Sekretariat zustellen, schriftliche Befunde bitte als E-Mail-Anhang zustellen)

**Aktuelle Nierenfunktion**

**(Kreatinin, eGFR, ggf. 24h-Kreatinin-Clearance):**

**Relevante Histologien:**

(externe Histologien: schriftliche Befunde bitte als E-Mail-Anhang zustellen)

**ECOG Score (0-5):**

**Fragestellung ans Tumorboard**

**Fragen:**

**Tumorboardentscheid**

**Therapieempfehlung:**

**Zuständige Ärzte:**

**Wer informiert:**

**Wer bietet auf:**

**Patient für Studie vorgesehen:**

Ja

Nein

Wenn ja, welche?