

Fernmetastasen (inkl. Datum, mindestens monatsgenau)	
<input type="checkbox"/> Leber	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Knochen	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Hirn	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Nebenniere	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Haut	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Lymphknoten nicht regionär	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Lunge	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Pleura	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Peritoneum	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Knochenmark	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Andere (OTH)	___ . ___ . _____
<input type="checkbox"/> Generalisierte Metastasierung	___ . ___ . _____

Körperlicher Leistungszustand:
 nach ECOG/WHO-Schlüssel oder (Karnofsky):

0 (90-100%) 2 (50-60%) 4 (10-20%)
 1 (70-80%) 3 (30-40%)

Nebenwirkungen, die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind:

Keine oder nur bis Grad 2 Datum: ___ . ___ . _____

Art der NW nach CTCAE, Grad 3 oder höher	Auflage: _____	Grad

Genetische Variante Bezeichnung: _____

Mutation/positiv Wildtyp/nicht mutiert/negativ Polymorphismus
 Sonstiges Nicht bestimmbar Unbekannt

Tumorkonferenz Datum: ___ . ___ . _____

Typ: Prätherapeutisch Postoperativ Posttherapeutisch Therapieplanung ohne Tumorkonferenz

Empfehlung¹:

OP IM CIZ AS
 ST ZS IZ WS
 CH CI SZ SO
 HO CZ WW KW

Abweichung auf Wunsch des Patienten: Ja Nein Unbekannt

Zusätzliche Kontakte

Sozialdienst: Ja, am: ___ . ___ . _____ Nein

Psychoonkologische Beratung: Ja, am: ___ . ___ . _____ Nein

Block nur ausfüllen, falls Angaben neu erhoben wurden

Morphologie:

M					/	
---	--	--	--	--	---	--

Histologie-Einsendenummer: _____

Histopathologisches Grading¹: G _____ Trifft nicht zu

Aktuelle Tumorklassifikation

TNM: _____ . Auflage **Datum:** ___ . ___ . _____

UICC-Stadium: _____ **Andere Klassifikation (Name):** _____ **Stadium:** _____

¹ Schlüssel siehe Hinweisblatt.

Todesmeldung

Sterbedatum: ____ . ____ . ____ **Tod tumorbedingt:** Ja Nein

Todesursache (Grundleiden) . **ICD 10**

Freitext _____

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

¹ Legende:

OP – Operation

ST – Strahlentherapie

CH – Chemotherapie

HO – Hormontherapie

IM – Immun-/ Antikörpertherapie

ZS – zielgerichtete Substanzen

CI – Chemo- + Immun-/ Antikörpertherapie

CZ – Chemotherapie + zielgerichtete Substanzen

CIZ – Chemo- + Immun-/ Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

IZ – Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen

SZ – Stammzelltransplantation (inkl. Knochenmarktransplantation)

WW – Watchful Waiting

AS – Active Surveillance

WS – Wait and see

SO – Sonstiges

KW – keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen