|  |  |
| --- | --- |
| **Anmeldeformular Externe Zuweisende: Kolorektales Tumorboard** | Tel: +41 31 664 62 34  E-Mail an: [bauch.tumorboard@insel.ch](mailto:bauch.tumorboard@insel.ch?subject=Anmeldeformular:%20Kolorektales%20Tumorboard) |
| **Anmeldung für das Tumorboard**  Das kolorektale Tumorboard findet wöchentlich via Webex-Meeting statt:  **Montag, 16.30 Uhr** | **Termin:** |
| **Anmeldung bis spätestens Freitag, 16:00 Uhr!** | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Angaben zum anmeldenden Arzt/zur anmelden Ärztin** | | | |
| Name: |  | | |
| Telefon / Sucher: |  | | |
| Station/Abteilung: |  | | |
| Zuweisende/r Arzt/Ärztin: |  | | |
| **Angaben zum Patienten/zur Patientin** | | | |
| Name: |  | | |
| Vorname: |  | | |
| Geburtsdatum: |  | | |
| Patient/Patientin von: | Spital Interlaken | Spital Aarberg | anderes Spital: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medizinische Daten** | |
| **Tumorlokalisation, TNM Grading, bisherige Therapien:** | |
| **Relevante Nebendiagnosen:** | **ECOG Score (0-4):** |

|  |
| --- |
| **Fragen ans Tumorboard** |
| **Fragen:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tumorboardentscheid** | | | | | | | |
| **Therapieempfehlung:** | | | | | | | |
| **Zuständige Ärzte/Ärztinnen:** | |  | **Wer informiert:** | | | **Wer bietet auf:** | |
| **Patientin/Patient für Studie vorgesehen:** | | Ja | | Nein | | | |
| Wenn ja, welche? | |  | | | | | |
| **Anwesenheit** | | | | | | | |
| Viszeralchirurgie:  PD Dr. V. Banz  Prof. Dr. G. Beldi  PD Dr. L. Brügger  Prof. Dr. D. Candinas  Prof. Dr. B. Gloor  Dr. A. Kohler | Gastroenterologie            Med. Onkologie  Prof. Dr. M. Berger | | | | Radiologie  Prof. Dr. J. Heverhagen  PD Dr. V. Obmann    Radioonkologie  Dr. H. Hemmatazad | | Pathologie  PD Dr. H. Dawson  Prof. Dr. A. Lugli    Zusätzlich anwesend |