

Anmeldeformular für das Molekulare Tumorboard MTB

Comprehensive Cancer Center Mainfranken, Josef-Schneider-Str. 6, 97080 Würzburg

Email: mtb@ukw.de / Fax: 0931-201 60 35889

Name, Vorname		Geb.	
Adresse		Telefon	
Datum der Erstdiagnose		ICD-10	
Diagnose			
Initialstadium			
Voraussetzung für MTB-Anmeldung			
Patient:in in fortgeschrittenem Krankheitsstadium unter Therapie oder frühzeitige Vorstellung bei seltener Tumorentität ohne etablierte Standardtherapie		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Patient:in geeignet/motiviert für ggfs. experimentelle Therapien/Studien		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Überweisungsschein Nr. 10 („Multigendiagnostik zur Therapieplanung“) mit Vermerk „molekulares Tumorboard“ wurde an die Pathologie Würzburg (Institut für Pathologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg) versendet		ja <input type="checkbox"/>	
Unterschiedene Einwilligungserklärung zur Daten- und Gewebefreigabe wurde verschickt		ja <input type="checkbox"/>	
Patient wurde über weiteres Aufklärungsprozedere und Kontaktaufnahme durch das MTB-Team informiert		ja <input type="checkbox"/>	
Relevante Angaben zum Patienten/ zur Erkrankung			
Aktueller Karnofsky-Index (%) bzw. ECOG (0-4)			
Kurzzusammenfassung bisheriger Verlauf/Therapie (aktuelle Arztbriefe bitte zusätzlich mitschicken)			
Familienanamnese im Hinblick auf Tumorerkrankungen			

Anmeldende/r Arzt/ Ärztin (MTB-Beschluss wird per Fax / E-Mail versendet.)				Tel.:
				Fax:
				Email:
Tumormaterial vorhanden? (Ort, Probenblock/Einlauf- Nr.)				
Datum/Lokalisation der letzten Biopsie				
Tumor aktuell zugänglich für ggfs. erneute Biopsie?				
Humangenetische Vorstellung (Institut/ Praxis)	Bereits erfolgt: ja <input type="checkbox"/> Datum:		nein <input type="checkbox"/>	
Fragestellung an das MTB				
Vorbefund Sequenzierung bereits vorliegend (nNGM, etc.)? Falls ja: bitte mitschicken			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
(Weitere) molekular-genetische Diagnostik erwünscht?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Empfehlung von Therapie- bzw.- Studienoptionen erwünscht?			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Sonstige Fragestellung:				
Aktuelle Fallart	Stationär <input type="checkbox"/>	Ambulant <input type="checkbox"/>	Letztes Entlassdatum	
Krankenversicherung	Gesetzlich <input type="checkbox"/>	Privat <input type="checkbox"/>		
Teilnahme an Konferenz via Skype for Business gewünscht (Einladung erfolgt über Email)			ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>