

# ERSTMELDUNG TUMOR

Version 2020

Tumorregister Tirol  
Anichstr. 35  
6020 Innsbruck,  
Tel.: 0512/504/22312  
[www.iet.at](http://www.iet.at)



ANGABEN ZUM PATIENTEN (ETIKETT)		AUFENTHALTSDATEN							
Familienname:		Ambulant:	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr							
Geburtsname:		Stationär am:	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr							
Vorname:		Entlassen am:	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr			
Tag	Monat	Jahr							
Geburtsdatum:	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr	Verantwortliches Tumorboard/Verantwortliche Abteilung:				
Tag	Monat	Jahr							
Sozialversicherungsnummer:	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Geschlecht:	<input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> weiblich								
PLZ:	Wohnort:								
Straße bzw. Ortsteil:	Hausnummer:								
		PatientIn wurde Tumorboard vorgestellt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein							

TUMORBESCHREIBUNG		DIAGNOSESICHERUNG								
Ersterhebung:	<input type="radio"/> Neuer Tumor <input type="radio"/> Rezidiv <input type="radio"/> Metastase	Diagnosesicherung am:	<table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr				
Tag	Monat	Jahr								
Lokalisation (Text):		(Datum an dem der Tumor zum <b>ersten</b> Mal diagnostiziert wurde)								
Seitenlokalisierung:	<input type="radio"/> rechts <input type="radio"/> links <input type="radio"/> beidseits	Art der Diagnosesicherung (nur beste ankreuzen):	<table border="1"><tr><td>histologisch (Primärtumor)</td></tr><tr><td>histologisch (Metastase)</td></tr><tr><td>zytologisch</td></tr><tr><td>Tumormarker</td></tr><tr><td>bildgebende Verfahren</td></tr><tr><td>rein klinisch</td></tr><tr><td>nicht bekannt</td></tr></table>	histologisch (Primärtumor)	histologisch (Metastase)	zytologisch	Tumormarker	bildgebende Verfahren	rein klinisch	nicht bekannt
histologisch (Primärtumor)										
histologisch (Metastase)										
zytologisch										
Tumormarker										
bildgebende Verfahren										
rein klinisch										
nicht bekannt										
Histologie (Text):		mikroskopisch								
Grading (WHO):	<input type="radio"/> I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> X	nicht mikroskopisch								
Mehrfachtumor:	<table border="1"><tr><td>Lokalisation</td><td>Diagnosejahr</td></tr></table>	Lokalisation	Diagnosejahr							
Lokalisation	Diagnosejahr									
TUMORSTADIUM (unbedingt ausfüllen)		TUMORTHERAPIE (primär)								
TNM-Stadium pathologisch:	pT <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> N <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> M <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> R <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>					<input type="radio"/> Neoadjuv. Chemoth. <input type="radio"/> Adjuv. Chemoth.	<input type="radio"/> Neoadjuv. Strahlenth. <input type="radio"/> Adjuv. Strahlenth.			
TNM-Stadium klinisch:	cT <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> N <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> M <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>				<input type="radio"/> Chirurgisch radikal <input type="radio"/> Immuntherapeutisch	<input type="radio"/> Chirurgisch palliativ <input type="radio"/> Hormontherapeutisch				
Andere Stadiumangabe:	<table border="1"><tr><td>Wert (z.B. II)</td><td>Stadium nach (z.B. Ann Arbor)</td></tr></table>	Wert (z.B. II)	Stadium nach (z.B. Ann Arbor)	<input type="radio"/> Andere: <table border="1"><tr><td>Text</td></tr></table>	Text	<input type="radio"/> Rein Symptomatisch				
Wert (z.B. II)	Stadium nach (z.B. Ann Arbor)									
Text										
Kein Stadium wegen:	<input type="radio"/> medizin. Kontraindikation <input type="radio"/> PatientIn verweigert Abklärung <input type="radio"/> Andere Gründe	<input type="radio"/> Therapieplan wird festgelegt	<input type="radio"/> Keine Behandlung wegen Verweigerung <input type="radio"/> Keine Behandlung aus anderen Gründen							

TODESDATEN				
<input type="radio"/> Patient gestorben	Todesdatum: <table border="1"><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr></table>	Tag	Monat	Jahr
Tag	Monat	Jahr		
Obduktion durchgeführt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------