TUMOR ZENTRUM LAUSITZ Onkologisches Zentrum	**Tumorzentrum Lausitz** **Rückmeldeformular**	Medizinische Universität Lausitz – Carl Thiem

☐ Darmkrebszentrum ☐ Pankreaskrebszentrum ☐ Schwerpunkt GIT

☐ Brustkrebszentrum ☐ Gynäkologisches Krebszentrum ☐ Kopf-Hals-Tumorzentrum

☐ Zentrum für hämatologische Neoplasien ☐ Uroonkologisches Zentrum (Prostatakarzinomzentrum | Modul Niere | Versorgung von Erkrankungen Harnblase, Hoden, Penis)

Entgegennahme der Rückmeldung durch: _____
Name

Datum der Rückmeldung: _____

Rückmeldung erfolgte durch folgenden Einweiser: _____

bezüglich des Patienten:

Patientenname: _____ Patientenvorname: _____

Geb.-Datum: _____ Vorbehandelnde Abteilung: _____

Welche besonderen Umstände sind aufgetreten?

_____

Welche Maßnahmen wurden seitens des Einweisers bereits durchgeführt?

_____

Wurde die Therapie entsprechend der Tumorboard- Empfehlung durchgeführt?

_____

Wurde eine andere Therapie, als die im Tumorboard beschlossene Empfehlung durchgeführt?

_____

Interne Weiterleitung an: _____ *am:* _____

Kurze Beschreibung des Sachverhalts durch das Zentrum

_____

_____

Welche internen Maßnahmen wurden getroffen?

_____

_____

Cottbus, den _____ Unterschrift Leitung Organzentrum: _____