Version 6.0 vom 20.03.23

Comprehensive Cancer Center Mainfranken

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 ☐ nein ☐ ja ☐ nein ☐
Patient:in geeignet/motiviert für ggfs. experimentelle Therapien/Studien			Ja ☐ nein ☐
Überweisungsschein Nr. 6 („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 ☐
Unterschriebene Einwilligungserklärung zur Daten- und Gewebefreigabe wurde verschickt			ja ☐
Patient wurde über weiteres Aufklärungsprozedere und Kontaktaufnahme durch das MTB-Team informiert			ja ☐
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			

Comprehensive Cancer Center Mainfranken

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 ☐ Datum:		nein ☐
Fragestellung an das MTB			
Vorbefund Sequenzierung bereits vorliegend (nNGM, etc.)? **Falls ja: bitte mitschicken**			ja ☐ nein ☐
(Weitere) molekular-genetische Diagnostik erwünscht?			ja ☐ nein ☐
Empfehlung von Therapie- bzw.- Studienoptionen erwünscht?			ja ☐ nein ☐
Sonstige Fragestellung:			
Aktuelle Fallart	Stationär ☐	Ambulant ☐	**Letztes Entlassdatum**
Krankenversicherung	Gesetzlich ☐	Privat ☐	
Teilnahme an Konferenz via Skype for Business gewünscht (Einladung erfolgt über Email)			ja ☐ nein ☐