

## Anmeldeformular für das Molekulare Tumorboard MTB

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

Email: [mtb@ukw.de](mailto:mtb@ukw.de) / Fax: 0931-201 60 35889

|   |        |                             |                               |
|---|--------|-----------------------------|-------------------------------|
| Name, Vorname   |        | Geb.                        |                               |
| Diagnose  |        |                             |                               |
| Datum der Erstdiagnose  |        |                             |                               |
| Initialstadium  |        |                             |                               |
| <b>Voraussetzung für MTB-Anmeldung:</b>   |        |                             |                               |
| Patient in fortgeschrittenem Krankheitsstadium<br><u>und</u> Ausschöpfung Leitlinien-konformer Standardtherapien (bzw. gerade unter Leitlinien-konformer Last-line Therapie)<br>oder<br>Seltene Tumorentität ohne etablierte Standardtherapie   |        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Patient geeignet/motiviert für ggfs. experimentelle Therapie/Studienteilnahme   |        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Unterschiedene Patienteninformation-/einwilligung<br>Der Patient wurde ausführlich über die Weitergabe seiner Gesundheitsdaten und über die sich eventuell anschließenden genetischen Untersuchungen informiert und hat sein Einverständnis erteilt (Unterschiedenes Dokument „CCCMF Patienteninfo/Einwilligung Molekulares Tumorboard“ bitte mitschicken (beide Seiten)) |        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Relevante Patienteninformationen:</b>  |        |                             |                               |
| Aktueller Karnofsky-Index (%) bzw. ECOG-Performance Status (0-4)  |        |                             |                               |
| Kurzzusammenfassung bisheriger Verlauf/Therapie<br>(aktuelle Arztbrief bitte zusätzlich mitschicken)  |        |                             |                               |
| Familienanamnese im Hinblick auf Tumorerkrankungen  |        |                             |                               |
| Wären Sie überrascht, wenn ihr Patient in 6 Monaten noch leben würde?<br>(Die Antwort hat keine Auswirkung auf die Anmeldung)   |        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Anmeldender Arzt<br>(MTB-Beschluss wird per Fax / Email versendet.)   | Tel.:  |                             |                               |
|   | Fax.:  |                             |                               |
|   | Email: |                             |                               |

|  |  |                               |
|--|--|-------------------------------|
| <b>Molekularer Befund</b>  | Falls bereits vorliegend, bitte mit allen Anlagen mitschicken. |                               |
| <b>Pathologie</b><br>(Ort, Probenblock/Einlauf-Nr.)  |  |                               |
| <b>Datum/Lokalisation der letzten Biopsie</b>  |  |                               |
| <b>Tumor aktuell zugänglich für ggfs. erneute Biopsie?</b>                                       |  |                               |
| <b>Humangenetische Vorstellung</b>   | Bereits erfolgt: ja <input type="checkbox"/> Datum:            | nein <input type="checkbox"/> |
|  | Institut / Praxis:   |                               |
| <b>Konkrete Fragestellung an das MTB</b>   |  |                               |
| <b>Teilnahme an Konferenz via Skype for Business gewünscht</b><br>(Einladung erfolgt über Email) | ja <input type="checkbox"/>                                    | nein <input type="checkbox"/> |