



Diagnose

Spital / Institut
 Klinik / Abteilung
 GLN Nummer
 Institutsnummer
 (BUR-Nummer)

**Datum der Patienten-
 information**

Ausgefüllt von

Name
 Adresse
 Tel.-Nr.

E-Mail

Allgemeine Patientenangaben		AHVN13 Nummer		
Name	Geburtsdatum			
Vorname(n)	Geschlecht	Weiblich	Männlich	Andere
Adresse	Kontaktsprache			
PLZ	Ort			
Angaben zur Diagnose				
Diagnosedatum		Diagnose in Textform		
Diagnosegruppe				
CHOP-Kodierung <i>(falls bekannt)</i>				
Prädispositionen, Vorerkrankungen und Begleiterkrankungen				
ICD 10 Kodierung <i>(falls bekannt)</i>		Diagnose in Textform		
Angaben zur Behandlung				
Behandlung		Ziel der Behandlung		
Beginn der Behandlung		Grundlage der Behandlung Behandelnde Institution <i>(falls anders als oben)</i>		
Studieninformation				
Studienpatient	Behandlung gemäss Protokoll		Kommentare zur Studie	
Studienprotokoll				
Falls vorhanden, bitte legen Sie folgende Berichte bei:				
Pathologieberichte		Laborbefunde (Zytologie, Hämatologie, Molekularanalyse usw.)		
Bildgebende Berichte		Transplantationsberichte		
Berichte der Tumorboard-Sitzung		Therapieberichte (Radio-, Chemotherapie usw.)		
Operationsberichte		Einwilligungsformulare		
Austrittsberichte				
Erstmeldung der Studie				
Weitere Kommentare				



Follow-Up / Therapie

 Spital / Institut
 Klinik / Abteilung
 GLN Nummer
 Institutsnummer
 (BUR-Nummer)

Ausgefüllt von

Name

Adresse

Tel.-Nr.

E-Mail

Allgemeine Patientenangaben		AHVN13 Nummer			
Name		Geburtsdatum			
Vorname(n)		Geschlecht	Weiblich	Männlich	Andere
Adresse					
PLZ	Ort				
Follow-Up / Therapie					
Art des Ereignisses		Ereignisdatum			
Remissionsstatus					
Spätfolgen					
Diagnosedatum		Diagnosespezifikation			
ICD 10 Kodierung (falls bekannt)					
Zusätzliche Angaben zur Behandlung					
CHOP-Kodierung (falls bekannt)		Ziel der Behandlung			
Behandlung		Grundlage der Behandlung			
Beginn der Behandlung					
Neue Angaben zur Studie					
Studienpatient	Behandlung gemäss Protokoll		Kommentare zur Studie		
Studienprotokoll					
Falls vorhanden, bitte legen Sie folgende Berichte bei:					
Austrittsberichte					
Neue Erstmeldung der Studie (soweit zutreffend)					
Behandlungsberichte					
Autopsiebericht (soweit zutreffend)					
Berichte der Tumorboard-Sitzung					
Einwilligungsformulare (soweit zutreffend)					
Weitere Kommentare					



Krankheitsverlauf

Spital / Institut
 Klinik / Abteilung
 GLN Nummer
 Institutsnummer
 (BUR-Nummer)

Ausgefüllt von

Name

Adresse

Tel.-Nr.

E-Mail

Allgemeine Patientenangaben		AHVN13 Nummer			
Name		Geburtsdatum			
Vorname(n)		Geschlecht	Weiblich	Männlich	Andere
Adresse					
PLZ	Ort				

Krankheitsverlauf
Neues Ereignis
Ereignisdatum

Neue Angaben zur Behandlung	
CHOP-Kodierung <i>(falls bekannt)</i>	Ziel der Behandlung
Behandlung	Grundlage der Behandlung
Beginn der Behandlung	

Neue Angaben zur Studie		
Studienpatient	Behandlung gemäss Protokoll	Kommentare zur Studie
Studienprotokoll		

Falls vorhanden, bitte legen Sie folgende Berichte bei:	
Pathologieberichte	Laborbefunde (Zytologie, Hämatologie, Molekularanalyse usw.)
Bildgebende Berichte	Transplantationsberichte
Berichte der Tumorboard-Sitzung	Therapieberichte (Radio-, Chemotherapie usw.)
Operationsberichte	Einwilligungsformulare (soweit zutreffend)
Austrittsberichte	
Erstmeldung der Studie	
Weitere Kommentare	