



Checkliste Prätherapeutisches Tumorboard

Notwendige Daten zur Eingabe ins C 37 / Adjumed

- Bei einem bilateralen CA bitte zweite Checkliste ausfüllen
- Bitte zwingend mit Angabe des Datums eingeben
- Konsultationsbericht
- Pathologiebefund
- Mammographie / Sonographiebefund
- CT/PET/MRI Befund

Name / Vorname _____

Geburtsdatum _____

Datum der prätherapeutischen Tumorboardvorstellung _____

Behandelnde/r Ärztin / Arzt _____

		Datum	Name (wer / von wem)
Hausärztin / -arzt oder Zuweisende			
Seitenlokalisation	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links		
Erster Befund	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Rezidiv	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Stanzbiopsie / Ort			
Lymphknoten	<input type="checkbox"/> Klinisch frei <input type="checkbox"/> rad. Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Tastbar <input type="checkbox"/> Histolog. befallen		
Mammographie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
MRI	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ergebnis: BIRADS	_____		
Sonographie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Ergebnis: BIRADS	_____		
Bestimmung der Grösse	<input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Mammographie		
Maximale Grösse			
Tumor Klassifikation, cT, cN, G, ER, PR, Ki 67, Her2			
Tumor Typ Typ (z.B. NST):			
Datum der Information über Diagnose			
Fragebogen Genetik ausgefüllt (Dokumentiert)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

**BrustCentrum Zürich
Spital Zollikerberg**

Trichtenhauserstrasse 20, 8125 Zollikerberg
T +41 44 397 24 88, brustcentrum@spitalzollikerberg.ch
F +41 44 397 23 60

BCN Irene Brenneisen
irene.brenneisen@spitalzollikerberg.ch

Privatklinik Bethanien

Toblerstrasse 51, 8044 Zürich
T +41 43 268 70 70, brustcentrum@klinikbethanien.ch

BCN Nadine Reemts
nreemts@klinikbethanien.ch



		Datum	Name (wer / von wem)
Einverständnis Tumorboard	<input type="checkbox"/> Patient/in ist informiert (wo wurde dieses dokumentiert) _____		
Einverständnis Krebsregister	<input type="checkbox"/> Informiert		
Nachweis Genmutation	<input type="checkbox"/> Ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> Nein, nicht vorhanden <input type="checkbox"/> In Abklärung <input type="checkbox"/> Nicht untersucht		
Menopausenstatus	<input type="checkbox"/> Prämenopausal <input type="checkbox"/> Postmenopausal		
Hormonersatztherapie	<input type="checkbox"/> Ja, mit: _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein, bekannt		
Klinische Untersuchung	<input type="checkbox"/> Palpabel, ja <input type="checkbox"/> Palpabel, nein		
Präoperatives Tumorboard Fragestellungen:	Therapie <input type="checkbox"/> Chir. Entfernung <input type="checkbox"/> Sentinel od. Axilladissektion <input type="checkbox"/> Neoadjuvante Chemo <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Endokrine Therapie Diagnostik <input type="checkbox"/> PET CT <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Weiteres: _____		