

**COSS-Leitung: Prof. Dr. med. Stefan Bielack, Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR, Standort Mitte (Olgahospital), Zentrum für Kinder-, Jugend- und Frauenmedizin, Pädiatrie 5 (Onkologie, Hämatologie, Immunologie), Kriegsbergstr. 62, D-70174 Stuttgart**

**Tel.:      ++49 (0) 711 278-73881 / -73877 / -72754
Fax:     ++49 (0) 711 278-73882**

**Interdisziplinäres COSS-Tumorboard**

**Anmeldeformular**

| **Patienten-Anmeldung** | **Nachname** |  |
| --- | --- | --- |
| **Vorname** |  |
| **Geburtsdatum** |  |
| **COSS-Marvin-ID**Bitte unbedingt eintragen, falls Pat. in das COSS-Register gemeldet  |  |
|  |  |
| **Ihre Kontaktdaten** |  |
| **Ansprechpartner/in (Name)** |  |
| **Postadresse des anfragenden Zentrums** |  |
| **Tel.-Nr.** |  |
| **Fax-Nr.** |  |
|  |  |
| **Anamnese** |  |
| **Biopsie-Datum des Primärtumors/Osteosarkoms** |  |
| **Primärtumorlokalisation (inkl. Seitenangabe)** |  |
| **Histologie/Diagnose** |  |
| **Relevante Vor- und Neben-diagnosen mit Diagnosedatum (z.B. Erstmalignom(e), Krebsprädispositons-syndrom(e))** |  |
| **Primärmetastasen** |  **Ja Nein V.a.** |
| **Art der Primärmetastasen** |  **Pulm. Ossär Andere** |
|  |  |
| **Primärtherapie** |  |
| **Primärtumor-OP** |  **Ja, bereits erfolgt Noch nicht erfolgt** **Nicht möglich, wg. Inoperabilität** |
| **Primärtumor-OP Datum und Art der Resektion** |  |
| **Datum Primärmetastasen-OP****(Bitte ALLE Resektionen, Thorakotomien etc. angeben)** |  |
| **Datum 1. Chirurgische Vollremission** |  |
| **Strahlentherapie:** |  **Ja Nein** **Wenn ja, welche Lokalisation(en):** |
| **Systemische Therapie** |  |
| **Verabreichte Anti-Tumor-Medikation (Handelsname, inkl. Protokoll, Anzahl verabr. Kurse, Start und Ende der Therapie)**  |  |
|  |  |
| **Aktuelles / Letztes Rezidiv** |  |
| **Rezidiv-Nummer:** |  |
| **Radiologisches Diagnosedatum:** |  |
| **Lokalisation:** |  |
| **Anzahl der Metastasen:** |  |
| **Operative Therapie (bitte alle OPs auflisten mit Datum):** |  |
| **Verabreichte Anti-Tumor-Medikation (inkl. Anzahl der Kurse sowie Anfang- und Endedatum)** |  |
| **Chirurgischen Vollremission (falls erreicht)** |  |
|  |  |  |
| **Ihre Anfrage** |  |  |
| **Exakte med. Fragestellung** |  |

Die COSS-Studienzentrale weißt Sie darauf hin, dass die von COSS erteilte medizinische Auskunft ausschließlich auf den von Ihnen zur Verfügung gestellten Sachverhaltsangaben basiert. Das Hinzufügen oder Weglassen von Informationen kann das Ergebnis der medizinischen Beratung beeinflussen und unter Umständen sogar zu einem völlig gegensätzlichen Ergebnis führen. Alle Entscheidungen zu den weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritten bei o.g. Patienten verbleiben weiterhin in der Verantwortung der betreuenden Ärzte vor Ort.

Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihrer Klinik/Abteilung als anfragende Institution, die für nicht in das COSS-Register gemeldete Patienten erbrachten Konsiliarleistungen auf Basis der GÖA in Rechnung gestellt werden.

Sie bestätigen mit Ihrer Unterschrift, dass der/die o.g. Patient/in bzw. die Sorgeberechtigten mit der Weitergabe von Krankheitsunterlagen/personenbezogenen Daten an die COSS-Studiengruppe einverstanden sind.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift anfragende(r) Arzt/Ärztin