



KIDS DO
Westfälisches Kinderzentrum
Dortmund



Kinderklinik
Tübingen

STEP - Seltene Tumorerkrankungen in der Pädiatrie

KLINIKANFRAGE

Registerleitung: Prof. Dr. D. Schneider, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Dortmund, ☎ +49(0)231-953-21670, Fax: -21047
 Dr. I. Brecht, Universitätskinderklinik Tübingen, ☎ 07071/29-81380 / Fax 07071/29-5481

Ist an Ihrer Klinik bei einem Kind oder einer/m jugendlichen Patientin/en eine seltene maligne oder Borderline Tumorerkrankung diagnostiziert worden, die keiner Therapieoptimierungsstudie oder Register der GPOH zuzuordnen ist?

Nein Ja falls ja: Klinik-Nr.: _____, GPOH-PID: _____
Bitte Nr. in Liste vor Ort dokumentieren

KLINISCHE DATEN DES PATIENTEN

Wenn ja: **Diagnose:** _____ . _____ . 20 _____

<input type="checkbox"/> Hauttumoren	<input type="checkbox"/> Melanom einschl. Varianten	<input type="checkbox"/> anderer Hauttumor
<input type="checkbox"/> Karzinome:	<input type="checkbox"/> Kolorektales Ca	<input type="checkbox"/> Speicheldrüsen Ca. <input type="checkbox"/> Bronchial-Ca
	<input type="checkbox"/> Ovarial-Ca	<input type="checkbox"/> anderes Karzinom: _____
<input type="checkbox"/> Embryonale Tumoren:	<input type="checkbox"/> Pankreatoblastom	<input type="checkbox"/> andere: _____
<input type="checkbox"/> Andere (bitte ausformulieren): _____		

Genauere Lokalisation (in Worten):		

Metastasen?: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		

KLINISCHE ANSPRECHPARTNER (bitte ausfüllen, soweit festgelegt)

Verantwortlicher <u>Onkologe</u>:	Name: _____	Abt./Klinik: _____
	Str./Pf.: _____	Ort: _____
	Tel.: _____	Fax: _____
	Email: _____	
Verantwortlicher <u>Chirurg</u>:	Name: _____	Abt./Klinik: _____
	Str./Pf.: _____	Ort: _____
	Tel.: _____	Fax: _____

BEMERKUNGEN UND UNTERSCHRIFT

Die Einwilligung für die zentrale Datenerfassung im Rahmen des GPOH-Registers für seltene Tumoren:

liegt vor wird eingeholt und nachgereicht wurde verweigert

Eine Meldung an das Deutsche Kinderkrebsregister (DKKR) Mainz ist:

erfolgt noch nicht erfolgt wurde verweigert

Stempel: _____ Datum: _____ Unterschrift: _____
(Name des dokumentierenden Arztes)