

**Kommissarische COSS-Leitung: Dr. med. Stefanie Hecker-Nolting**

**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-ID**Bitte unbedingt eintragen, falls Pat. in das COSS-Register gemeldet ist |  |
|  |  |
| **Ihre Kontaktdaten** |  |
| **Ansprechpartner/in** (Name) |  |
| **Postadresse des anfragenden Zentrums** |  |
| **Tel.-Nr.** |  |
| **Fax-Nr.** |  |
| **E-Mail-Adresse** |  |
|  |  |
| **Primärerkrankung** |  |
| **Datum der diagnostischen Tumorbiopsie** |  |
| **Primärtumorlokalisation inkl. Seitenangabe** |  |
| **Histologie/Diagnose** |  |
| **Vor- und Nebendiagnosen mit Diagnosedatum** |  |
| **Primärmetastasen** |  **Ja Nein V. a.** |
| **Art der Primärmetastasen** |  **Pulmonal Ossär Andere:** |
|  |  |
| **Primärtherapie** |  |
| **Primärtumorresektion** |  **Ja, bereits erfolgt** **Noch nicht erfolgt** **Nicht möglich wg. Inoperabilität** |
| **Datum und Art der Primärtumorresektion** |  |
| **Ggf. Resektionen vorhandener Primärmetastasen**(bitte ALLE Eingriffe (Thorako-tomien etc.) mit Datum) |  |
| **Datum der ersten chirurgischen Vollremission** (falls erreicht) |  |
| **Strahlentherapie** |  **Ja Nein** **Falls ja, Lokalisation(en):** |
| **Systemische Therapie** (Protokoll) |  |
| **Verabreichte Anti-Tumor-Medikation** (Handels- und/oder Substanzname, Anzahl verab-reichter Kurse, Beginn und Ende der Therapie) |  |
|  |  |
| **Aktuelles/letztes Rezidiv** |  |
| **Rezidiv-Nummer** |  |
| **Radiologisches Diagnosedatum** |  |
| **Lokalisation** |  |
| **Anzahl der Metastasen** |  |
| **Operative Therapie** (bitte ALLE Eingriffe (Thorakotomien etc.) mit Datum) |  |
| **Verabreichte Anti-Tumor-Medikation** (Handels- und/oder Substanzname, Anzahl verab-reichter Kurse, Beginn und Ende der Therapie) |  |
| **Erneute chirurgische Vollremission** (falls erreicht) |  **Ja Nein** |
|  |  |
| **Ihre Anfrage** |  |  |
| **Exakte Fragestellung(en)** |  |

Die COSS-Studienzentrale weißt Sie darauf hin, dass die durch die 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/in verbleiben weiterhin in der Verantwortung der betreuenden Ärzte/innen 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