

Checkliste Mamma neoadjuvante Therapie

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Basisfragebogen med. Genetik und Stammbaum (BCN) ausgefüllt |
| <input type="checkbox"/> | Triple-Diagnostik angeboten |
| <input type="checkbox"/> | Anamnese <input type="checkbox"/> HRT |
| | Zwei Konsultationen BCN angeboten: |
| <input type="checkbox"/> | 1. Datum _____ 2. Datum _____ |
| <input type="checkbox"/> | Clipmarkierung |
| <input type="checkbox"/> | Zuweisung Onkologie |
| <input type="checkbox"/> | Einverständnis Tumorboardvorstellung erhalten |
| <input type="checkbox"/> | Tumorboardvorstellung nach neoadjuvanter Therapie |
| <input type="checkbox"/> | OP-Anmeldung geplant ca. |
| <input type="checkbox"/> | Angebot gemeinsamer Besprechungstermin Kernteammitglieder Onko, Onkochirurgie, gegebenenfalls Radioonkologe, bei Bedarf Plastische Chirurgie |
| <input type="checkbox"/> | Infomaterial Krebsliga / Psychoonkologie erwünscht? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> | Krebsregister – Einverständniserklärung inklusive Dokumentation |
| <input type="checkbox"/> | Broschüren erhalten |
| <input type="checkbox"/> | Information / Hinweis auf Dokument bezüglich Rechte der Patienten / Angehörige |

√ durchgeführt/instruiert/ja/gesehen ø nicht benötigt/nein