

**STEP - Seltene Tumorerkrankungen in der Pädiatrie****KLINIKANFRAGE**Registerleitung: Prof. Dr. D. Schneider, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Dortmund, ☎ +49(0)231-953-21670, **Fax:** -21047Dr. I. Brecht, Universitätskinderklinik Erlangen, ☎ +49(0)9131 /85-41219, **Fax:** -36286

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\_\_\_\_ **Hauttumoren** Melanom einschl. Varianten anderer Hauttumor **Karzinome:** Kolorektales Ca Speicheldrüsen Ca. Bronchial-Ca Ovarial-Ca  anderes Karzinom: \_\_\_\_\_ **Embryonale Tumoren:** Pankreatoblastom andere: \_\_\_\_\_ **Andere** (bitte ausformulieren): \_\_\_\_\_**Genauere Lokalisation (in Worten):****Metastasen?:** Nein Ja**KLINISCHE ANSPRECHPARTNER (bitte ausfüllen, soweit festgelegt)**Verantwortlicher **Onkologe:**

Name: \_\_\_\_\_

Abt./Klinik: \_\_\_\_\_

Str./Pf.: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Verantwortlicher **Chirurg:**

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:

(Name des dokumentierenden Arztes)

Datum:

Unterschrift: