

**Geschäftsstelle**  
Pettenkoflerstraße 8a  
80336 München

Tel.: 089-4400-52238

Fax: 089-4400-54787

Mail: [TZMuenchen@med.uni-muenchen.de](mailto:TZMuenchen@med.uni-muenchen.de)

Homepage: [www.tumorzentrum-muenchen.de](http://www.tumorzentrum-muenchen.de)

## **Evaluierungsbogen „T Z M - C C C München-Mitglied-Arztpraxis für Radiologie und Nuklearmedizin“**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte beantworten Sie im Rahmen der Evaluierung „T Z M - M i t g l i e d - A r z t p r a x i s f ü r R a d i o l o g i e u n d N u k l e a r m e d i z i n “ folgende Fragen mit Ja oder Nein bzw. kurzen Beschreibungen, wie angefordert:

1. Wird mindestens ein Mitarbeiter/in Ihrer Praxis aktiv in einer entsprechenden Tumorzentrumsgruppe T Z M - C C C München Projektgruppe mitarbeiten? „Aktiv“ ist über die regelmäßige nachweisliche Teilnahme an den PG-Sitzungen definiert.

**ja** /  **nein**

Ja, welche?

---

---

2. Findet eine Kooperation mit CCC München nachweisbar statt (Patientenzuweisungen, Vorstellung von Patienten in spezialisierten interdisziplinären Ambulanzen, Vorstellung in Tumorkonferenzen, etc.)?

**ja** /  **nein**

Ja, welche?

---

---

**Geschäftsführender Vorstand:**

Vorsitzender

1. Stv. Vorsitzender

2. Stv. Vorsitzender

Sekretär

Schatzmeister

Prof. Dr. med. V. Heinemann, Direktor des CCC München, Direktor CCC München<sup>LMU</sup>, LMU Klinikum

Prof. Dr. H. Algül, Direktor des CCC München, Direktor CCC München<sup>TUM</sup>, Klinikum rechts der Isar der TUM

Prof. Dr. med. St. E. Combs, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Radioonkologie und Strahlentherapie d. Klinikums rechts der Isar d. TUM

Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. von Bergwelt, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik III der Ludwig-Maximilians-Universität München

Prof. Dr. med. F. Bassermann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Hämatologie und Onkologie, Klinikum rechts der Isar der TUM

3. Anzahl der Fachärzte für diagnostische Radiologie, wie viele davon besitzen die Zusatzbezeichnung Facharzt für Nuklearmedizin?

**Facharzt für Nuklearmedizin \_\_\_\_\_**

4. Sind Sie eine Praxis mit einem Standort oder eine ortsübergreifende Gemeinschaftspraxis?

**ja** /  **nein**

4 a. Falls Ja: Wie viele Standorte liegen innerhalb und wie viele außerhalb des Einzugsbereichs des TZM-CCC München?

---

---

5. Ist Ihre Praxis zertifiziert?

**ja** /  **nein**

Ja, welche?

---

---

6. Arbeitet Ihre Klinik mit SOPs, die sich an den aktuellen S2/3-Leitlinien, Guidelines der ESMO, ASCO, NCCN oder den Tumormanualen orientieren?

**ja** /  **nein**

Ja, welche?

---

---

7. Nimmt Ihre Praxis an Studien teil?

**ja** /  **nein**

Ja, welche?

---

---

8. Nehmen Ihre ärztlichen Mitarbeiter nachweislich (mindestens 1x Jahr) an ausgewiesenen Fortbildungsveranstaltungen des CCC-München/TZM (ASPO, Post-ASCO, Post-ESMO, Post-ASH, TZM-Essentials und/oder Informationstagen für Ärzte und medizinisches Fachpersonal) teil?

**ja** /  **nein**

Ja, welche?

---

---

9. Sind Sie an Informationsmaterial zu patientenbezogenen Veranstaltungen (Krebsinformationstag, Patiententag, etc) interessiert?

**ja** /  **nein**

**Erwartungen, Wünsche, Anregungen an das TZM-CCC München:**

---

---

---

Datum, Unterschrift

**Anschrift und Ansprechpartner der Praxis:**

---

---

---