

Geschäftsstelle
Pettenkoflerstraße 8a
80336 München

Tel.: 089-4400-52238
Fax: 089-4400-54787
Mail: TZMuenchen@med.uni-muenchen.de
Homepage: www.tumorzentrum-muenchen.de

Evaluierungsbogen „TZM-CCC München Mitglied – Niedergelassene onkologisch tätige Ärzte“

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte beantworten Sie im Rahmen der Evaluierung „TZM-CCC München Mitglied-
Arztpraxis für Hämatologie und internistische Onkologie“ folgende Fragen mit Ja oder
Nein bzw. kurzen Beschreibungen, wie angefordert:

1. Wird mindestens ein Mitarbeiter/in Ihrer Praxis aktiv in einer entsprechenden Tumor-
zentrumgruppe TZM-CCC 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	Prof. Dr. med. V. Heinemann, Direktor des CCC München, Direktor CCC München ^{LMU} , LMU Klinikum
1. Stv.Vorsitzender	Prof. Dr. H. Algül, Direktor des CCC München, Direktor CCC München ^{TUM} , Klinikum rechts der Isar der TUM
2. Stv.Vorsitzender	Prof. Dr. med. St. E. Combs, Direktorin der Klinik und Poliklinik für Radioonkologie und Strahlentherapie d. Klinikums rechts der Isar d. TUM
Sekretär	Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. von Bergwelt, Direktor der Medizinischen Klinik und Poliklinik III der Ludwig-Maximilians-Universität München
Schatzmeister	Prof. Dr. med. F. Bassermann, Direktor der Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III, Hämatologie und Onkologie, Klinikum rechts der Isar der TUM

3. Sind in Ihrer Praxis mindestens 1 Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie / Onkologie oder mindestens 1 Facharzt mit der Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumortherapie und/oder 1 Fachärzte mit dem DGVS-Zertifikat „Onkologische Gastroenterologie“ sowie 1 Fachkraft für onkologische Pflege tätig?

ja / **nein**

Ja, welche?

4. Ist Ihre Praxis zertifiziert?

ja / **nein**

Ja, welche?

5. 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?

6. Nimmt Ihre Praxis an Studien teil?

ja / **nein**

Ja, welche?

7. 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?

8. 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:
