**Zweitmeinungs- und Behandlungsanfrage / External Patient Request**

**Patient:innen Informationen / Patient information**

Vorname / Given name:

Nachname / Surname:

Geburtsdatum / Date of birth:

Versicherung / Insurance:

Österreichische SVR:

Behandelndes Institut & Facharzt / Treating Center & Physician:

Zuweiser/Applicant:

Anfragedatum / Date of request:

Diagnose/Diagnosis:

Zusätzliches, aktuelle Situation / Additional information, current situation:

**Konkrete Fragestellung / Questions to Pediatric Neurooncology Vienna:**

**Patient:innengeschichte / Patient history**

**Erstdiagnose / Initial Diagnosis**

Datum / Initial date of Diagnosis:

Histologischer Befund (lokale Pathologie) / Histological diagnosis (local pathology):

Histologischer Befund (Referenzzentrum) / Histol. diagnosis (reference center if available): Molekulare Diagnostik (z. B. Methylierungsklassifikator) / Molecular diagnosis (e.g. methylation classifier):

**Erstaufnahme / Initial staging**

MRI diagnostics:  
- Cerebral (Datum & Ergebnis / Date & Result)   
- Spinal (Datum & Ergebnis / Date & Result)

CSF staging (Tumorzellen / tumor cells?)

**Ersttherapie / Initial therapy**

Operation / Surgery (Resection/Biopsy):

Chemotherapy:

Radiotherapy (Modality/Gy:

Sonstige Therapie / Further therapy:

**Diagnose bei Wiederauftreten/Progression / Diagnostics at relapse/progression**

Datum / Initial date of Diagnosis:

Histologischer Befund (lokale Pathologie) / Histological diagnosis (local pathology):

Histologischer Befund (Referenzzentrum) / Histol. diagnosis (reference center if available):

Molekulare Diagnostik (z. B. Methylierungsklassifikator) / Molecular diagnosis (e.g. methylation classifier):

**Aufnahme bei Wiederauftreten/Progression / Staging at relapse/progression**

MRI diagnostics:  
- Cerebral (Datum & Ergebnis / Date & Result)

- Spinal (Datum & Ergebnis / Date & Result)

CSF staging (Tumorzellen / tumor cells?)

**Therapie bei Wiederauftreten/Progression / Therapy at relapse/progression**

Operation / Surgery (Resection/Biopsy):

Chemotherapy:

Radiotherapy (Modality/Gy:

Sonstige Therapie / Further therapy:

**Shunt:** ja/yes  nein/no   
**Ommaya/Rickham:** ja/yes  nein/no

Hiermit wird bestätigt, dass die Patientin/der Patient sowie ggf. Erziehungsberechtigten über die Weitergabe der Daten an unsere Abteilung informiert wurden, und dem zuweisenden Arzt Ihr Einverständnis gegeben haben. / This confirms that the patient and, if applicable, their legal guardians have been informed about the transfer of data to our department and have given their consent to the referring physician.

Bitte senden Sie dieses Formular inkl. aller Befunde und Unterlagen per E-Mail an:

Please send this form, including all findings and documents, by email to:

**ped\_neurooncology@meduniwien.ac.at**