

**Geschäftsstelle**  
Pettenkoferstraße 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 „TZM-CCC München-Mitglied-Arztpraxis für Strahlentherapie und Radioonkologie“**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

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

1. Wird mindestens ein Mitarbeiter/in Ihrer Praxis aktiv in einer entsprechenden Tumorzentrumgruppe 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  
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

3. Sind Sie eine fachübergreifende Praxis zusammen mit radiologischer Diagnostik und Nuklearmedizin?

ja /  nein

Ja, welche?

---

---

Fachärzte in Vollzeit \_\_\_\_\_

Fachärzte in Teilzeit \_\_\_\_\_

Ärzte anderer Facharztgruppen?

---

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

ja /  nein

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

---

---

4b. Wie viele Fachärzte besitzen die KV-Zertifizierung für Mammographie und Mamma-MRT?

---

---

5. Ist Ihre Praxis zertifiziert?

ja /  nein

Ja, welche?

---

---

6. Führen Sie simultane Radio-Chemotherapie bzw. neuer Techniken (Brachytherapie, etc.) durch?

**ja** /  **nein**

Ja, welche?

---

---

7. 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?

---

---

8. Nimmt Ihre Praxis an Studien teil?

**ja** /  **nein**

Ja, welche?

---

---

9. 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?

---

---

10. 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 Klinik:**

---

---

---