

Anmeldung

zur interdisziplinären Tumorkonferenz am _____

Fax: 0531-699-2490

Patient/-in _____ Geburtsdatum _____

Vorstellung prätherapeutisch postoperativ Primärfall ja nein

Diagnose _____ Erstdiagnose _____

Nebendiagnosen _____

Operation _____

Diagnostik/Staging

	Befund	Datum
Endoskopie	_____	_____
Histologie	_____	_____
Klinischer Untersuchungsbefund	_____	_____
Sonografie	_____	_____
Rö.-Thorax (2Eb)	_____	_____
CT/MRT	_____	_____
Endosonografie	_____	_____
Tumormarker	_____	_____
Weitere Untersuchungen	_____	_____

Histologie Tumortyp Lokalisation

Klassifikation Kennzeichen (u, c, p...) T N M G

UICC

weitere V L R

Besonderheiten _____

Bei Anmeldung durch externe
Ärzte bitte Namen und Praxisstempel: _____