

# 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: \_\_\_\_\_