



Externe Anmeldung Tumorkonferenz

Interdisziplinäre Tumorkonferenz	Dienstag 16:00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Urologische Tumorkonferenz + Prätherapeutische Konferenz Prostatakrebszentrum	Mittwoch 15:30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Gynäkologische Tumorkonferenz	Mittwoch 16:00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Lungenboard	Mittwoch 09:00 Uhr	<input type="checkbox"/>

Angaben zum Patienten

Name Vorname

Geburtsdatum Anschrift

Vorstellender Arzt

Name Vorname

Anschrift Tel.Nr.

Der Patient wurde über die Weitergabe seiner Gesundheitsdaten zur interdisziplinären Beratung in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung informiert und hat sein Einverständnis erklärt. Ja

Terminwunsch:

Meldung als Primärfall Rezidiv anderer Grund

Meldung als Befund-/Therapieänderung Zweitmeinung

Diagnose:

Histologie	prätherapeutisch				postoperativ				
	T	N	M	G	T	N	M	R	G
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Stadium	<input type="text"/>								

Vorgeschichte/Begleiterkrankungen:

Karnofsky-Index:

Bisherige onkol. Therapie:

Fragestellung an die Tumorkonferenz:

Datum/Unterschrift

Empfehlung:

Datum/Unterschrift