

Anmeldung zur interdisziplinären Tumorkonferenz

Absender*:

Adresse:

Fax:

E-Mail*:

Datum der Tumorkonferenz:

(wenn keine Angaben gemacht werden, wird der Patient auf der nächstfolgenden Tumorkonferenz besprochen)

Patient:

Initialien Vor- und Nachn.

Geschlecht:

Alter*:

Diagnose*

Bisherige Therapie

Relevante Nebendiagnosen

Histologie (falls vorhanden)

Diagnostik (Bildmaterial bitte gesondert zusenden oder mitbringen.)

Fragestellung*

* Pflichtfelder