



Tumorkonferenz – Anmeldung

(ausgefülltes Formular an folgende Faxnummer senden: Sekretariat 0651 947-2574)

Kopf-Hals-Tumorzentrum	Montag	15.40-17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Onkologisches Zentrum (Interdisziplinär)	Dienstag	15.40-17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Brustzentrum Gynäkologisches Krebszentrum	Mittwoch	14.00-15.30 Uhr	<input type="checkbox"/>
Leukämie-Lymphom-Zentrum	Donnerstag	15.40-17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>
Viszeralonkologisches Zentrum	Freitag	15.40-17.00 Uhr	<input type="checkbox"/>

vorstellender Arzt: _____ **vorstellende Praxis** _____

Abteilun

Terminwunsch am: _____

Patient(in)/Adresse: (Patientenaufkleber falls vorhanden) Name: Vorname: Geburtsdatum:	Erstdiagnose: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Bilddemo: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Diagnose: _____

Histologie: _____

TNM-Stadium: T N M
(falls zutreffend)

R **L** **V** **G**

WHO-Stadium:
(falls zutreffend)

Erläuterung TNM-Klassifikation:

T (Tumorgröße): 1-4
 N (Befall von Lymphknoten): 0-2(3)
 M (Metastasen) : 0/1
 Präfix (vor TNM): p, c, r, u, y
 R (Resektion): 0-2
 G (Grading): 1-4

Bisherige onkologische Therapie (OP, Radiatio, Systemtherapie):

Karnofsky-Index und relevante Begleiterkrankungen:

Vorgeschlagenes Procedere:

Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat Onkologisches Zentrum
Telefon: 0651-947-2377

