Anmeldung zur Tumorkonferenz

Name: Praxisstempel:

Vorname:

geb.:

Adresse:

Tel.:

Diagnose/n:

Datum der Erstdiagnose:

Histologie (Befund bitte mitfaxen):

Bildgebung (schriftlichen Befund bitte faxen):

**Bitte CD/HDS-Code versenden!!!!!**

ggf. PSA: \_\_\_\_\_\_\_\_ ng/ml ggf. PSA-Verlauf:

ggf. Tumormarker (AFP, β HCG, LDH):

Bisherige Therapie (OP´s; Radiatio):

systemische Therapie (auch neoadjuvant oder adjuvant): Ja / nein

Wenn ja, welche (von wann bis wann):

Relevante Vorbefunde/ Nebenerkrankungen/ Zweitkarzinome etc. (Befund bitte mitfaxen):

**Fragestellung:**

Erst bei vollständig vorliegenden Befunden kann und wird die Tumorkonferenzvorstellung erfolgen. Danke für ihre Mitarbeit!

Telefonnummer für Rückfragen: 0345 559 1479

0345 559 1131

Fax-Nummer: 0345 559 1480

Mail: prostatakarzinomzentrum.halle@martha-maria.de