



Anmeldung zur Tumorkonferenz

Name: _____ Vorname: _____

geb.: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Diagnose: _____

Ggf. PSA: _____ ng/ml ggf. PSA-Verlauf: _____

ggf. Tumormarker (AFP, β HCG, LDH): _____

Datum der Erstdiagnose: _____

Histologie (Befund bitte mitfaxen): _____

Bildgebung (schriftlichen Befund bitte faxen): _____

Bisherige Therapie (OP's): _____

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

Neoadjuvante Therapie: Ja/nein _____

Wenn ja, welche (von wann bis wann): _____

Fragestellung: _____

CD versenden!!!!

Viele Dank für ihre Kooperation!

Bei vollständig vorliegenden Befunden wird erst die Tumorkonferenzvorstellung erfolgen. Danke für ihre Mitarbeit!

Telefonnummer für Rückfragen: _____

0345 559 1651

0345 559 1131

Fax-Nummer Sekretariat: _____

0345 559 1652