Uroonkologisches Zentrum
Martha-Maria Halle-Dölau

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