

Anmeldung von externen Patienten zur Tumorkonferenz
 FAX: 0441/229-1225

TUMORKONFERENZ Thorakale Tumore
 Jeden Dienstag 15:00 – 17:00 Uhr

Datum der Anmeldung:	Patient:	Geb. Datum:
-----------------------------	-----------------	--------------------

Tumordiagnose				
TNM (inkl. LK Anzahl)	T		L	
	N		V	
	M		G	
	Stadium:		R	
Histologie				

Familiertumoranamnese	
------------------------------	--

Spezifische Frage an die Tumorkonferenz (Pflichtfeld)	
--	--

Untersuchung	Datum	Befund
Bildgebende Diagnostik		
Funktionsdiagnostik		
Sonstige		

ECOG				
Relevante Komorbiditäten				
Rauchen	Nie-Raucher			
	Ex-Raucher	Beginn:	Ende:	py:
	Aktiver Raucher	Beginn:	Ende:	py:

Bisherige Tumorthherapie (Datum, Ort)

 Name Telefon Fax Unterschrift