

Tumorkonferenz Anmeldung

für Dienstag, den _____

für Freitag, den _____

Station: _____

Anmeldender Arzt/Ärztin: _____

Datum Anmeldung

-----/-----/-----

Erst/ Wiedervorstellung

Diagnose

Tumorstadium

Datum ED Tumor _____

Datum ED Metastasen _____

Histologische Sicherung Datum: _____

Institut : _____

(c,u,y,p) **T** (Tis,T1,2,3,4) _____, (c,u,p) **N** (x,0,1,2) _____ (___ / __ LK),

c,u,y,p **M** (x,0,1,2) _____ [oss, pul, hep, per], **G** _____ (1, 2), **L** _____, **V** _____, **R** _____

Familiäre Tumordisposition: ja / nein

Diagnostik bisher:

Therapie bisher:

Fragestellung/Procedere:

→ **Vorstellung Dienstag:** Strahlentherapie: ja / nein Thoraxchirurgie: ja / nein

Unterschrift:

Dieses Formular bitte dem Sekretariat Allgemein- und Viszeralchirurgie in gut lesbarer Form bis spätestens Montag bzw. Donnerstag, 11:30 Uhr zuleiten (evtl. per Fax 32 84).