

**Anmeldung der Patientenvorstellung in der
interdisziplinären Tumorkonferenz
(Brustzentrum)**



Zentrumsleiter: Chefarzt Prof. Dr. med. Michael P. Lux, MBA
Kontaktadresse: Gynäkologische Ambulanz/Brustzentrum
☎ 05251 / 86 4106 FAX 05251/864105

Patientendaten:

.....
Nachname:

.....
Vorname:

.....
Geb.-Datum:

Vorstellende Ärztin/vorstellender Arzt:

Name

Adresse

Tel.-Nr.

FAX-Nr. E-mail:

Hauptdiagnose (primäres Tumorstadium, Rezeptorstatus, etc.):

.....
.....

Primärtherapien:

.....
.....

Relevante Comorbiditäten:

.....
.....

Aktuelle Fragestellung:

.....
.....

Therapieempfehlung:

.....
.....

WICHTIG

- **Bildgebung 24h vor Konferenz der Radiologie zur Verfügung stellen.**
- **Relevante Befunde in Kopie beifügen.**

Absender / Stempel