

Anmeldung der Patientenvorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz (Gynäkologisches Krebszentrum)



Zentrumsleiter: Chefarzt Prof. Dr. med. Michael P. Lux, MBA
Kontaktadresse: Gynäkologisches Krebszentrum
☎ 05251 / 86 4187 FAX 05251/864119

Patientendaten:

.....
Nachname: Vorname: Geb.-Datum:

Vorstellende Ärztin/vorstellender Arzt:

Name
Adresse
Tel.-Nr. FAX-Nr. E-mail:

Vorstellung: präoperativ ☐ postoperativ ☐ Primärfall ja ☐ nein ☐

Diagnose:

Erstdiagnose:

Vorerkrankungen:

ECOG-Score:

aktuelle Medikation:

Staging

	Datum	Befund
Sonographie		
Rö.-Thorax		
CT Thorax		
CT Abdomen		
Tumormarker	präop.	
	postop.	
weitere Unters.		

Bisherige Therapie

	Datum	Befund
1. Operation		
2. Chemotherapie		
3. Bestrahlung		
4. Sonstiges		

Histologie:

Klassifikation: pT pN M G L V FIGO
Lymphknoten: pelvin paraaortal inguinal sonstige

Anmeldung der Patientenvorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz (Gynäkologisches Krebszentrum)



Tumorrest: R0 ☐ R1 ☐ R2 ☐ in mm:
makroskopisch tumorfrei ja ☐

Fragestellung:

WICHTIG

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

Absender / Stempel