Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Datum:

Patient	Hausarzt
Name:	**Name:**
Geburtsdatum:	**Tel. / Fax:**
Vorgestellt von:	**Rö-Bilder-Demo notwendig:** **JA** ☐ **NEIN** ☐

Fragestellung:

Diagnose:

Tumorstadium:

Histologie:

OP:
OP-Datum:
Besonderheiten:

Staginguntersuchungen:

Computertomographie/NMR:
Konventionelles Röntgen:
Bronchoskopie:
Endoskopie:
Labor:
Lungenfunktionsdiagnostik:
Sonstige:

Vorerkrankungen:

Prozedere/Therapieempfehlung:

WV:

n/:

Prof. Dr. med. Hartmann / Dr. med. Constantin Klinik für Hämatologie und Onkologie	Prof. Dr. med. Hiller Klinik für Allgemein-, Viszeral - u. Thoraxchirurgie	Prof. Dr. med. Schäfer/ Dr. med. Jaenke Klinik für Strahlentherapie