

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Datum:

Patient	Hausarzt
Name:	Name:
Geburtsdatum:	Tel. / Fax:
Vorgestellt von:	Rö-Bilder-Demo notwendig: JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

Fragestellung:

Diagnose:

Tumorstadium:

Histologie:

OP:

OP-Datum:

Besonderheiten:

Staginguntersuchungen:

Computertomographie/NMR:

Konventionelles Röntgen:

Bronchoskopie:

Endoskopie:

Labor:

Lungenfunktionsdiagnostik:

Sonstige:

Vorerkrankungen:

Prozedere/Therapieempfehlung:

WV:

n/: