

**Interdisziplinäre Tumorkonferenz**

Datum: \_\_\_\_\_

⇒ Faxanmeldung an 05261 - 26 4152

Ja, ich möchte an der Tumorkonferenz teilnehmen und bitte um Zusendung des Links an die  
Mailadresse: \_\_\_\_\_

Patient	Hausarzt
<b>Name:</b>	<b>Name:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Tel. / Fax:</b>
<b>Vorgestellt von:</b>	<b>Rö-Bilder-Demo notwendig:</b> 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/:

Unterschrift:

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. med. Hartmann / Dr. med. Constantin  
Klinik für Hämatologie und Onkologie