Ausgedruckt unterliegt das Dokument nicht dem nderungsdienst

Klinikum St. Elisabeth Straubing GmbH

D-94315 Straubing, St. Elisabeth-Straße 23, FAX: 09421 710 1717

Patient:

Aufkleber

Auftragsdatum:
Anfordernde Stelle:
Anforderer:

Terminwunsch: am um Uhr

Das Einverständnis des Patienten zur Vorstellung in der Tumorkonferenz liegt vor: ☐

Tumordiagnose:

pTNM: cTNM:

Pathologie*:

Nebendiagnosen:

Karnofsky-Index:

Erforderliche Bildgebung zur Demonstration*:

Weitere Diagnostik/Therapie*:

Pos. Familienanamnese: Ja ☐ Nein ☐ Falls Ja:
Datum Erstdiagnose:
Rezidiv: ☐ Rezidiv Datum:
Wiedervorstellung: Ja ☐ Nein ☐
Abweichung: Ja ☐ Nein ☐

Fragestellung:

*ggf. Datenübertragung per email anonymisiert an Sekretariat Sektion Onkologie nach tel. Rücksprache