Gynäkologisches Krebszentrum
St. Vincenz-Frauenklinik Paderborn

Kooperatives Brustzentrum
Paderborn

**Zentrumsleiter**
Cehfarzt : Prof. Dr. med. M.P. Lux, MBA
**Kontaktadresse**:
C. Hölscher / K. Fornefeld ☎ 05251/864106 FAX 05251/864105

Name des Patienten:

# Anmeldung der Patientenvorstellung in der Tumorkonferenz (Brust)
**(bitte vollständig ausfüllen)**

☐ **Brustzentrum**

**Patientendaten:**

| …….. | …….. | …… |
|---|---|---|
| **Nachname:** | **Vorname:** | **Geb.-Datum:** |

**Vorstellender Arzt:**
Name ……
Adresse ……
Tel.-Nr. …… FAX-Nr. ……..
email: ……

Hauptdiagnose ( primäres Tumorstadium, Rezeptorstatus, etc. ):

Primärtherapien:

Relevante Comorbiditäten:

**Aktuelle Fragestellung:**

**Therapieempfehlung:**

# WICHTIG
Bildgebung 24h vor Konferenz der Radiologie zur Verfügung stellen

Relevante Befunde in Kopie beifügen

Absender / Stempel