



Gynäkologisches Krebszentrum
St. Vincenz-Frauenklinik Paderborn

Kooperatives Brustzentrum
Paderborn



Zentrumsleiter

Chefarzt : Prof. Dr. med. M.P. Lux, MBA

Kontaktadresse:

C. Hölscher / K. Fornfeldt ☎ 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:

.....

- Bildgebung 24h vor Konferenz der Radiologie zur Verfügung stellen
- Relevante Befunde in Kopie beifügen

Absender / Stempel

\\vm-data-02\UserDrive\hoppe\Desktop\Anmeldung_der_Patientenvorstellung_in_der_Tumorkonferenz_-_Brust_-_2019_mandatum.doc