Anmeldung der Patientenvorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz (Brustzentrum)

Zentrumsleiter: Chefarzt Prof. Dr. med. Michael P. Lux, MBA
Kontaktadresse: Gynäkologische Ambulanz/Brustzentrum
☎05251 / 86 4106 FAX 05251/864105

Patientendaten:

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

Vorstellende Ärztin/vorstellender Arzt:

Name ……

Adresse ……

Tel.-Nr. …… FAX-Nr. …… E-mail: ……

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