

**Anmeldung der Patientenvorstellung in der
interdisziplinären Tumorkonferenz
(Gynäkologisches Krebszentrum)**



Zentrumsleiter: Chefarzt Prof. Dr. med. Michael P. Lux, MBA
 Kontaktadresse: Gynäkologisches Krebszentrum
 ☎ 05251 / 86 4187 FAX 05251/864119

Patientendaten:

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

Vorstellende Ärztin/vorstellender Arzt:

Name
 Adresse
 Tel.-Nr. FAX-Nr. E-mail:

Vorstellung: präoperativ postoperativ Primärfall ja nein

Diagnose:

Erstdiagnose:

Vorerkrankungen:
 ECOG-Score:
 aktuelle Medikation:

Staging

	Datum	Befund
Sonographie		
Rö.-Thorax		
CT Thorax		
CT Abdomen		
Tumormarker	präop.	
	postop.	
weitere Unters.		

Bisherige Therapie

	Datum	Befund
1. Operation		
2. Chemotherapie		
3. Bestrahlung		
4. Sonstiges		

Histologie:

Klassifikation: pT pN M G L V FIGO
 Lymphknoten: pelvin paraaortal inguinal sonstige

**Anmeldung der Patientenvorstellung in der
interdisziplinären Tumorkonferenz
(Gynäkologisches Krebszentrum)**



Tumorrest: R0 R1 R2 in mm:
makroskopisch tumorfrei ja

Fragestellung:

WICHTIG

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

Absender / Stempel