**Zentrumsleiter**
Chefarzt: Dr. med. W. Meinerz Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
**Kontaktadresse**:
C. Hölscher / K. Fornefeld ☎ 05251/864106 FAX 05251/864105

# 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