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