

## Anmeldung zur Tumorkonferenz

- Prostatakrebszentrum** [Ansprechpartner Fr. Rudolf, Tel. 0341 909-2762]

Name:	
Vorname:	
Straße / Hausnummer:	
PLZ / Wohnort:	
Geburtsdatum:	
Einverständniserklärung des Patienten vorhanden?	___ <b>Ja</b> ___ <b>Nein</b>

Tumorkonferenz am:	
Anmeldende Klinik:	
Anmeldender Arzt:	
Rückrufnummer:	

Tumorkonferenzzeitpunkt:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prätherapeutisch   | <input type="checkbox"/> Rezidiv             |
| <input type="checkbox"/> Posttherapeutisch  | <input type="checkbox"/> Bilderdemonstration |
| <input type="checkbox"/> Zwischenevaluation | <input type="checkbox"/> Sonstiges           |

Diagnose:	
Stadium / Lokalisation:	
ECOG:	
PSA-Wert	

- Aktuelle Histologie benötigt
- Histologie älter als 6 Monate benötigt
- Vorstellung aktueller Radiologiebilder und -befunde nötig

Fragestellung:	
Bemerkungen:	

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular per E-Mail an [lysann.rudolf@sanktgeorg.de](mailto:lysann.rudolf@sanktgeorg.de) oder per Fax an 0341 909-2742.

FAX: 0341 909-2742 <a href="mailto:lysann.rudolf@sanktgeorg.de">lysann.rudolf@sanktgeorg.de</a>
--