



<p>Datum: _____</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Geb. Datum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p>Datenschutzeinwilligung in Tumorkonferenz <input type="checkbox"/> liegt vor</p> <p>Einwilligung Krebsregister <input type="checkbox"/> liegt vor</p> <p>Menopausenstatus <input type="checkbox"/> prae <input type="checkbox"/> post</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 5px;">Praxisstempel/Unterschrift</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;">Karnofsky-Index: _____ %</div> <p>Diagnose/Nebendiagnosen</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
Art des Tumors/Histologie	
Hormonrezeptoren	Östrogen: _____ Progesteron: _____
Her-2-neu	
Prognosefaktoren	Ki 67: _____ p53: _____ UPA: _____ PAI: _____
Tumormarker (ggf. Verlauf)	CEA: _____ Ca15-3: _____ Ca12.5: _____
Anamnese	
Diagnostik / Staging	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mammographie ▪ Oberbauchsono/Gyn.-Sono ▪ Röntgen, CT, MRT, PET ▪ Knochenszinti ▪ Labor, Tumormarker etc. ▪ sonstiges 	



Bisherige Therapie

- Chemo-/Strahlentherapie
- Operation
- Endokrine-/Immuntherapie

Fragestellung

Fax an: 0511/9502305 oder E-Mail an: frauenheilkunde@vinzenzkrankenhaus.de

Therapieempfehlung der Tumorkonferenz

____ 20 ____
Datum

Unterschrift/Stempel Vinzenzkrankenhaus