



<p>Datum: _____</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Geb. Datum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Telefonnummer _____</p> <p><b>Datenschutzeinwilligung in Tumorkonferenz</b> <input type="checkbox"/> liegt vor</p> <p><b>Einwilligung Krebsregister</b> <input type="checkbox"/> liegt vor</p> <p><b>Menopausenstatus</b>    <input type="checkbox"/> prae    <input type="checkbox"/> post</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 150px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; margin-top: 5px;">Praxisstempel/Unterschrift</p> <div style="border: 1px solid black; margin-top: 10px; padding: 5px;"> <p>Karnofsky-Index: _____ %</p> </div> <p><b>Diagnose/Nebendiagnosen</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<b>Art des Tumors/Histologie</b>	
<b>Hormonrezeptoren</b>	<b>Östrogen:</b> _____ <b>Progesteron:</b> _____
<b>Her-2-neu</b>	
<b>Prognosefaktoren</b>	<b>Ki 67:</b> _____ <b>p53:</b> _____ <b>UPA:</b> _____ <b>PAI:</b> _____
<b>Tumormarker (ggf. Verlauf)</b>	<b>CEA:</b> _____ <b>Ca15-3:</b> _____ <b>Ca12.5:</b> _____
<b>Anamnese</b>	
<b>Diagnostik / Staging</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mammographie</li> <li>▪ Oberbauchsono/Gyn.-Sono</li> <li>▪ Röntgen, CT, MRT, PET</li> <li>▪ Knochenszinti</li> <li>▪ Labor, Tumormarker etc.</li> <li>▪ sonstiges</li> </ul>	



**Bisherige Therapie**

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

**Fragestellung**

**Fax an: 0511/9502305    oder    E-Mail an: [frauenheilkunde@vinzenzkrankenhaus.de](mailto:frauenheilkunde@vinzenzkrankenhaus.de)**

**Therapieempfehlung der Tumorkonferenz**

    20      
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Vinzenzkrankenhaus