



Tumorkonferenz-Anmeldung

Bitte alle Felder zwingend digital ausfüllen, anschließend drucken und faxen.

Vorstellender Arzt: _____

Abteilung/Praxis: _____

Terminwunsch am: _____

Organkrebszentren/Tumorentität:

- Darmkrebs/GI-Tumore (Mo., 15.45 h)
- Lungenzentrum (Di., 14.00 h)
- Hirntumorzentrum (Do., 15.30 h)
- Prostatakarzinomzentrum (Mi., 15.30 h)
- Uroonkologisches Zentrum (Mi., 15.30 h)
- Leukämie/Lymphome (Do., 15.15 h)
- Sonstiges (Mo., 16.30 h)

Patientenadresse: (Patientenaufkleber falls vorhanden) Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____	Erstdiagnose: ja nein
	Psych.-Onkol. gewünscht: ja nein
	Bilddemo: ja nein

Diagnose: _____

Histologie: _____

TNM-Stadium: T N M
(falls zutreffend)

 R L V G

WHO-Stadium:
(falls zutreffend)

Erläuterung TNM-Klassifikation:
T (Tumorgröße): 1-4
N (Befall von Lymphknoten): 0-2 (3)
M (Metastasen): 0/1
Präfix (vor TNM): p, c, r, u, y
R (Resektion): 0-2
G (Grading): 1-4

Bisherige onkologische Therapie (OP, Radiatio, Systemtherapie):

Karnofsky-Index und relevante Begleiterkrankungen:

Vorgeschlagenes Procedere:

Relevante Befunde bitte an das Sekretariat faxen (0651 208-2678) und die **vorliegende Bildgebung** elektronisch an das Zentrum für Radiologie, Neuroradiologie, Sonographie und Nuklearmedizin oder als Postsendung an das Service-Center Radiologie, Nordallee 1, 54292 Trier senden.