**Anmeldung Zentrales Tumorkonsilium**

**Termin:** Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Patient** |  |  |  |  |
|  | **geb.** |  |  |  |
| **ECOG** |  |  |  |
| **bisher involvierte Abteilungen** |  |
| **Diagnosen**  |  |
| **Tumorformel (TNM)** |  |
| **Histologie** |  |
| **bisheriger Verlauf/Therapie** |  |
| **Nebendiagnosen** |  |
| **Patientenpräferenz** |  |
| **Therapievorschlag** |  |
| **Gewünschte Fachdisziplin** |  |
| **Teilnehmer-Entscheidungsträger** |  |
| **Empfehlung Tumorkonsil** |  |
| **Unterschrift****Konsilleiter/Vertreter** | CA Koswig |