**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 | | |