

Uroonkologischer Arbeitskreis Essen

Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Anfordernder Arzt: _____
(bitte mit Stempel)

Pat.-Initialen: __ __ Pat.-Alter (Jahre): __ __ Geschlecht: m w

Geschätzte Lebenserwartung (Jahre): __ __, __

Diagnosen: _____

Erstdiagnosedatum (Monat/Jahr): __ __/__ __

Bisherige Therapie: _____

Medikation: _____

Fragestellung: _____

Therapievorschlag: _____

Anmeldungen bitte an andrea.saubke@uk-essen.de oder Fax 0201-723-5902.

**DAS TUMORKONFERENZPROTOKOLL WIRD IHNEN IM ANSCHLUSS PER EMAIL /
FAX ZUGESANDT !**