

Bitte ausgefülltes Formular bis spätestens Montag 12.00 Uhr
per Fax an 0711 / 6489-2582 (HNO) oder
0711 / 6489-8262 (MKG) senden!

Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Tübingen

Kopf-Hals-Zentrum
Leitung: PD Dr. Dr. Fillies
Dr. U. Hay

Anmeldung zur Interdisziplinären Kopf-Hals-Tumorkonferenz

Vorstellung durch: _____

Patientendaten: Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, Geschlecht: _____

Straße, Ort: _____

- Primärbehandlung prätherapeutisch
 Rezidiv/Progressbehandlung posttherapeutisch

Klinische Angaben:

Alter: _____

Diagnose: _____

Lokalisation primär: _____

Erstdiagnose/Histologie-Datum: _____

Histologie: _____

TNM: _____ Grading: G1 G2 G3 G4 fehlend

neoadjuvante Therapie durchgeführt: nein ja
wenn ja, wann/welche: _____

OP bereits erfolgt: nein ja
wenn ja, wann: _____wo _____

R-Status: R0 R1 R2 Rx

Histologie (postop.): _____

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen: _____

Bisherige Therapie und Verlauf: _____

Relevante Bildgebung vorhanden: nein ja
wenn ja, bitte Befunde und Bildgebung zum Vorstellungstermin zur Verfügung stellen

Fragestellung: _____

Dateiname:	Anmeldung IKHT am Marienhospital Stuttgart				
Formularnr.:	F0369	Version:	1.0	Seite:	1 von 1
erstellt:	E. Schick	überarbeitet/geprüft:	Dr. Hay / Dr. Werner	freigegeben:	Dr. Hay
Erstelldatum:	07.11.2014	Datum:	21.11.2014	Freigabedatum:	21.11.2014

