

Version/Stand: 1.0/ 03.2021

Vorstellung Patient Darmkrebszentrum



Sekretariat Gastroenterologie Traunstein

Tel: 0861/705-1261

Fax: 0861/705-1770

Email: Gastroenterologie.Traunstein@kliniken-sob.de

	Vorname:
	Nachname:
	Geburtsdatum
	Adresse:
	Telefonnummer:
	Tumorentität:
	□ Kolonkarzinom
	□ Rektumkarzinom
	□ Sonstige
	Vorstollungsgrund
	<u>Vorstellungsgrund</u> ☐ Vorstellung Tumorkonferenz
	□ Erstvorstellung
	☐ Wiedervorstellung
	☐ Einweisung (Staging/Therapie)
	<u>Vorbefunde</u>
	□ ÖGD
	□ Koloskopie
	□ Sono-Abd.
	□ Rö-Thx
	CT-Thorax/Abdomen (Wann?/Wo?)
	□ Endosonographie
	□ MRT-Becken
	□ CEA
	☐ Histologie:
	Der Patient hat sein Einverständnis für die Vorstellung in der fachübergreifenden Tumorkonferenz und die damit verbundene Verwendung seiner Behandlungsunterlagen/Daten gegeben.
Ort, [atum Unterschrift (Arzt)