

Anmeldung für das Interdisziplinäre Urologische Tumorboard

Patient:			
angemeldet von:	Name	Vorname	Geb.- Datum
	Name/Praxis/Klinik		Straße
	Ort	Rufnummer	Fax
Diagnose:	<input type="checkbox"/> Prostata-Ca <input type="checkbox"/> Hodentumor <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Urothel-Ca <input type="checkbox"/> Penis-Ca	<input type="checkbox"/> Nierenzell-Ca
Fallspezifische Anamnese:			
Aktuelles Staging:	<input type="checkbox"/> CT/MRT Abdomen <input type="checkbox"/> Skelettszintigramm <input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> CT/MRT Thorax <input type="checkbox"/> PET-CT/MRT	<input type="checkbox"/> CT/MRT Schädel
Fragestellung:			
Vorgeschlagenes Procedere:			
Erforderliche Disziplinen:	<input checked="" type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie <input type="checkbox"/> Diagnost. Radiologie <input type="checkbox"/> Psycho-soz. Onkologie <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Int. Onkologie <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin <input type="checkbox"/> Gynäkologie <input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Pathologie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Neurochirurgie
angemeldet am:			

Anmeldung bis jeweils Mittwoch 14.00 Uhr an uro-kliniksekretariat@mri.tum.de, Fax 089-4140-2542