



Anmeldung für das Interdisziplinäre Urologische Tumorboard

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

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