**Anmeldung zur Tumorkonferenz** **[ ]  extern [ ]  präoperativ [ ]  postooperativ**

**Spital/Klinik:**

**Zuweisender Arzt:**

**Datum:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Vorname Name PatientIn:**  |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Menopausenstatus:** |  |
| **Familienanamnese:** |  |
| **TNM präop.:** |  |
| **pTNM postop.:** |  |
| **Histologie:** |  |
| **Grading:** |  |
| **Diagnose:** |  |
| **Oestrogen:** |  |
| **Ki67:**  |  |
| **Progesteron:** |  |
| **HER2:**  |  |
|  |  |
| **Operationsdatum:** |  |
| **Operation:** |  |

**Vorstellung Radiologie-Bilder erforderlich: ja** **[ ]  nein** **[ ]**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Staging-Untersuchungen | **Datum** | **Befund/Beurteilung** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Weitere Diagnosen:**

**Verlauf:**

**Therapievorschlag seitens Vorsteller an die Tumorkonferenz:**

**Nachsorge:**

**Erstbesprechung des Tumorkonferenzbeschlusses mit der Patientin:**

Datum:

Arzt:

Zuweisender Arzt:       Tel.

 Name Datum Unterschrift

Hausarzt:

Luzerner Kantonsspital

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |   |   |

**Kopie:**

Datenmanagement Brustzentrum

Ausgefülltes Formular per Email an: tumorkonferenz-frauenklinik@luks.ch