

\*  
( )

**Datum:**

**Meldearzt:**

**Beh. Gyn.:**

Fax:

**HA:**

Fax:

### Konferenzteilnehmer

Gynäkologe:  
Pathologe:  
Strahlentherapeut:  
Int. Onkologe:  
Radiologe:  
Psychoonkologin:

### Aktuell:

### Anamnese:

**KI:** %

### Familienanamnese:

**ND:**

**LP:**

### Diagnosen:

(ED)

TNM: cT (mm), cN, G, M

IHC: ER % (IRS), PR % (IRS), Her2 ( 0), ki67 %



### Durchgeführte Operationen:

### Durchgeführte Therapien:

### Aktuelle Umfelddiagnostik:

**CT Thorax/Abdomen vom (RAD/):**

**Knochenszintigraphie vom (RAD/):**

 <p><b>Zertifiziertes Brustkrebszentrum</b></p>	<p><b>Klinikum Mittelbaden Baden-Baden Bühl</b></p> <p><b>Brustzentrum Tumorboard</b></p>	
---	---	---

[2]

### Therapieempfehlung/

---

Aufklärung erfolgt durch:  
interner Qualitäts-Fragebogen eingeholt:

Unterschrift:  
Unterschrift: