

*
()

Datum:

Meldearzt: Dr. Hahn

Beh. Gyn.:

Fax:

HA:

Fax:

Konferenzteilnehmer

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

Diagnose:

(ED)
TNM: cT (mm), cN, G, M
IHC: ER % (IRS), PR % (IRS), Her2 (0), ki67 %

Anamnese:

Familienanamnese:

ND:
Karnofski-Index: %
LP:

Präoperative Diagnostik

Palpation:
Sonographie:
(BIRADS)

Mammographie vom ():
(BIRADS)

**Stanzbiopsie /
Histologie: ()**

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

Knochenszintigraphie vom (RAD/):

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

[2]

Therapieempfehlung/

Aufklärung erfolgt durch:
interner Qualitäts-Fragebogen eingeholt:

Unterschrift:
Unterschrift: