



Anmeldung zur Tumorkonferenz



Bitte per Fax: **07731 89-2505** – z.Hd. CA Dr. W. Lucke

Aus Praxis (behandelnder Arzt/ Ärztin)*			
Patientendaten			
Name		Geb.-Datum	
Diagnose			
Verlauf			
Aktuelle Befunde			

* Es werden nur Anmeldungen mit Absender ausgewertet!

 Datum

 Name (Anmeldende/r Arzt/ Ärztin)

 Unterschrift