



Klinik für Urologie

Datum:

Name:

Geb. Datum:

Einverständnis zur Datenverarbeitung: _____
(Unterschrift Patient*in)

Anmelderin/Anmelder Kontakt

Organ: Prostata Blase Niere

(Uro) Onkologische Diagnose: _____

ICD: _____

Diagnosedatum: _____ Erstdiagnose Rezidiv Metastase

Karnofsky Index / ECOG: _____

Relevante Nebendiagnosen:

Verlauf / bisherige Therapie:



Klinik für Urologie

Name Patient*in: _____

Wenn vorhanden, Histologie / TNM / Stadium:

Wichtige Befunde (inkl. PSA, Bildgebung etc.):

Fragestellung für die Tumorkonferenz: