

## Anmeldung für das Interdisziplinäre Urologische Tumorboard

<b>Patient:</b>			
<b>angemeldet von:</b>	<b>Name</b>	<b>Vorname</b>	<b>Geb.- Datum</b>
	<b>Name/Praxis/Klinik</b>	<b>Straße</b>	
	<b>Ort</b>	<b>Rufnummer</b>	<b>Fax</b>
<b>Diagnose:</b>	<input type="checkbox"/> Prostata-Ca <input type="checkbox"/> Hodentumor <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Urothel-Ca <input type="checkbox"/> Penis-Ca	<input type="checkbox"/> Nierenzell-Ca
<b>Fallspezifische Anamnese:</b>			
<b>Aktuelles Staging:</b>	<input type="checkbox"/> CT/MRT Abdomen <input type="checkbox"/> Skelettszintigramm <input type="checkbox"/> sonstiges:	<input type="checkbox"/> CT/MRT Thorax <input type="checkbox"/> PET-CT/MRT	<input type="checkbox"/> CT/MRT Schädel
<b>Fragestellung:</b>			
<b>Vorgeschlagenes Procedere:</b>			
<b>Erforderliche Disziplinen:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Thoraxchirurgie <input type="checkbox"/> Diagnost. Radiologie <input type="checkbox"/> Psycho-soz. Onkologie <input type="checkbox"/> sonstige:	<input type="checkbox"/> Int. Onkologie <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin <input type="checkbox"/> Gynäkologie <input type="checkbox"/> Viszeralchirurgie	<input type="checkbox"/> Pathologie <input type="checkbox"/> Strahlentherapie <input type="checkbox"/> Orthopädie <input type="checkbox"/> Neurochirurgie
<b>angemeldet am:</b>			

Anmeldung bis jeweils Mittwoch 14.00 Uhr an [karin.emberger@mri.tum.de](mailto:karin.emberger@mri.tum.de), Fax 089-4140-6190