**Gynäkologisches Krebszentrum Heilbronn – Franken**

#### Klinikum Am Gesundbrunnen

**Interdisziplinäre Fallbesprechung / Therapieentscheidung**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Geb.dat.** |  |
| **Diagnose:** |  |
| **Nebendiagnosen** |  |
| **Menopause** |  |
| **Anamnese/ Therapieverlauf:** |  |
| **Aktuelle Befunde:** | **Gyn-Untersuchung**  **Zytologie** |
| **Fragestellung:** |  |
| **Empfehlung:** |  |

Datum Unterschrift:........................................

(Vorsitzender Konferenz)