****

**Anmeldung: Hauttumorkonferenz am \_\_.\_\_.\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| Vorstellende Klinik: | Hautklinik |
| Vorstellender Arzt: |  |
| Betr. Dermatologe: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Diagnose:** |  |
| **Anamnese/ Therapieverlauf:** |  |
| **Aktuelle Befunde:** |  |
| **Fragestellung:** |  |
| **Empfehlung:** |  |

Anwesende:

Hautklinik:

Radiologie:

Strahlentherapie:

MED III:

Pathologie:

Datum: \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_ Unterschrift:…………………………………..

(Vorsitzender Konferenz)

mailto: [hauttumorzentrum@slk-kliniken.de](mailto:hauttumorzentrum@slk-kliniken.de)

Die Hauttumorkonferenz findet im wöchentlichen Rhythmus statt.

Die genauen Termine sind bei Frau Haack (07131/49-35001) zu erfragen.