**Kopf-Hals-Tumorkonferenz**

**Mo. 15.30 Uhr - xx. Januar 19**

**Besprechungsraum der Radiologie (H 4857)**

Vorstellende Klinik: HNO-Klinik

Vorstellender Arzt:

Betr. HNO-Arzt:

|  |  |
| --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  |
| **Geburtsdatum:** |  |
| **Diagnose:** |  |
| **Anamnese/ Therapieverlauf:** | **Anamnese:** **Panendoskopie:** **Histologie:** **Sono Hals:** **MRT-Hals:** **Rö-Thorax**: **Sono-Abdomen**: **ECOG**:**Labor:** GFR: AP:  |
| **Fragestellung:** |  |
| **Empfehlung:** |  |

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

 *(Vorsitzender Konferenz)*

**mailto:** **hno.sek@slk-kliniken.de**

Für Fragen zu den Terminen stehen Ihnen Frau Erbe (07131/49-36001) zur Verfügung.