**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**](mailto:hno.sek@slk-kliniken.de)

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