

Telefon: 0261 / 496-3591
FAX: 0261 / 496-3597

Thoraxonkologisches Protokoll

Patient/-in _____ geb. _____
wohnhaft _____

Vorgestellt von _____ am _____

Diagnose _____

Tumorformel ___ T ___ ___ N ___ ___ M ___ _____

Histologie _____ Methode/Lokalisation _____

Zytologie _____ Methode/Lokalisation _____

Funktionelle Therapiefähigkeit (Falls vorhanden Lungenfunktion beifügen)

Herzecho durchgeführt Ja Nein

Einschränkungen: _____

Nierenfunktion glomeruläre Filtrationsrate _____ mg/min

Kreatinin _____ mg/dl

Karnofsky-Index _____

Raucher Ja Pack years: _____ aktuell: _____ Nein

Sauerstoffpflichtig Ja Nein

Staging

Mediastinales Staging	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Wenn ja, wie?
Perfusionsszintigrafie	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
PET-CT	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Knochenszintigrafie	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
Abdomen Sono/CT	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	
MRT Schädel	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	

Relevante Nebendiagnosen

Bisherige Therapie

Fragestellung

Onkologisch federführend _____

Wiedervorstellung _____