

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
