

Bitte alle Felder digital ausfüllen und uns anschließend zusenden.

Telefon: 0271/705-3601

Telefax: 0271/705-3604

E-Mail: lungenklinik@klinikum-siegen.de

## Daten der anmeldenden Stelle

Name/Institution: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Behandelnder Arzt: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Patientendaten

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## Anmeldeanlass

Erstvorstellung  Wiedervorstellung  Rezidiv/Progress  Therapieänderung

## Medizinische Daten zum Patienten

Diagnose: \_\_\_\_\_

Histologie: \_\_\_\_\_

Mol. Path. / ICH: \_\_\_\_\_

TNM primärer Tumor: T: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ UICC-Stadium: \_\_\_\_\_

TNM Rezidiv: T: \_\_\_\_\_ N: \_\_\_\_\_ M: \_\_\_\_\_ UICC-Stadium: \_\_\_\_\_

ECOG: \_\_\_\_\_ GFR: \_\_\_\_\_ FEV1 (l und % v. Soll): \_\_\_\_\_ DLCO: \_\_\_\_\_

**Anamnese/  
Komorbidität:**

**Bisherige  
Therapie:**

**Fragestellung:**

Bitte senden Sie uns relevante Befunde gemeinsam mit der Anmeldung zur Tumorkonferenz zu und geben Sie die vorliegende Bildgebung elektronisch frei für die Lungenklinik Siegen am Klinikum Siegen.