

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.