

Name, Vorname:

Bitte per Fax an:  
**030/81810-77245**

Geb.-Datum:

Tumordiagnose:

Jahr der Erstdiagnose:

Information durch:

 Patientin selbst Arzt1. **Patientin**  lebt  verstorben2. **Ggf. empfohlene adjuvante Therapie durchgeführt ?**Radiatio  ja  neinChemotherapie  ja  nein3. **Rezidiv ?**  ja  nein

Wann ? \_\_\_\_\_

4. **Rezidivtherapie ?**Operation  ja  neinRadiatio  ja  neinChemotherapie  ja  neinAndere  ja  nein

Wann + Wo ? \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**Daten erhoben von: \_\_\_\_\_ am: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift) (Datum)