

Absender/Name: \_\_\_\_\_

Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

*Die grauen Felder nur mit 1 antworten (keine X oder 0)*

Name	Vorname	Geb.Datum	Menopause	Symptome	Vaginal US	CT	MRI	Hysteroskopie	Cur

Pathologie präoperativ	Operation	Lymphadenektomie	FIGO Stadium	TNM Stadium	Pathologie postoperativ	Grading			ER in %	PR in %
						1	2	3		

**Bemerkung:**

**Vorschlag:**

*Gegebenenfalls benötigte bildgebende Voruntersuchungen (Dr. Sonnenschein):*

Datum/Visum Dr. Buser: \_\_\_\_\_

Datum/Visum Prof. Castiglione: \_\_\_\_\_

**Dieses Formular bis Freitag, 13.00 Uhr faxen an:**  
 Klinik Engeried  
 Dr. M. Sonnenschein, Radiologie  
 Riedweg 15, Postfach, 3001 Bern  
**FAX-Nr.: 031 309 98 77**

**Diejenigen, die über ein E-Mail verfügen zusätzlich mailen an:**  
[brustzentrumbern@hin.ch](mailto:brustzentrumbern@hin.ch)

**Diese Anmeldung ans Tumorboard gilt nicht als Anmeldung für das Oncocare, Frau Dr. K. Buser!** Erfassung auf Statistik am: \_\_\_\_\_