



An
PD Dr. med. Peter Bojko
per Fax: 089/1303-4375
E-Mail: peter.bojko@swmbrk.de

Anmeldung zur Tumorkonferenz am

Patient/in: _____

Geb. Dat.: _____

Alter: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Hausarzt: _____

Zuweiser / vorstellender Arzt: _____

(Klinik, Station, Praxis): _____

Diagnose: _____

TNM: _____

UICC: _____

Diagnostik: _____

Therapie: _____

am: _____

Verlauf: _____

Histologie: _____

Fragestellung: _____