

## Einweisender Art/Ärztin

Praxisstempel

## Bankverbindung

## Dokumentationsbogen

- Onkobiogramm -

### Patientin

Vorname:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>	Name:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>
Geb.-Dat.:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>		
Straße, Nr.:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>	PLZ, Wohnort:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>
Telefon:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>	FAX:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>
Mobil:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>	e-mail:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>

### Pathologe

Vorname:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>	Name:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>
Institut:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>		
Straße, Nr.:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>	PLZ, Wohnort:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>
Telefon:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>	FAX:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>
		e-mail:	<div style="background-color: #cccccc; width: 100%; height: 25px;"></div>

**Anamnese:**

Menarche mit:	<input type="text"/>	Jahren	Schwangerschaften:	<input type="text"/>
Menopause mit:	<input type="text"/>	Jahren	Kinder:	<input type="text"/>
Horm. Kontrazeption:	<input type="text"/>	Jahre	weitere Malignome:	<input type="text"/>
Horm. Substitution:	<input type="text"/>	Jahre	schwere Erkrankungen:	<input type="text"/>

**Histologie:**

Erstdiagnose am:

pT	<input type="text"/>	pN	<input type="text"/>	M	<input type="text"/>	HER-2 (FISH)	<input type="text"/>	Amplifikate
ER	<input type="text"/>	PR	<input type="text"/>	G	<input type="text"/>	HER-2 (IHC)	<input type="text"/>	

bitte ankreuzen, eine Mehrfachauswahl ist möglich

duktal	<input type="checkbox"/>	tubulär	<input type="checkbox"/>	adeno-zystisch	<input type="checkbox"/>	Proliferationsrate	<input type="text"/>	%
lobulär	<input type="checkbox"/>	medullär	<input type="checkbox"/>	muzinös	<input type="checkbox"/>			
Karzinom	<input type="checkbox"/>	papillär	<input type="checkbox"/>	M. Paget	<input type="checkbox"/>			

**Operationen:**

Eingriff	Seite	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**Bestrahlungen:**

von - bis	Zielgebiet	cGy

**Metastasierung und Rezidive**

Lokalisation	erstmals festgestellt am:

**Bemerkungen**

[Empty box for location and date]

Ort, Datum.

[Empty box for patient signature]

Unterschrift Patientin/Patient