

## Fallanmeldung OSP-Kolloquium

am: Ort:

Vorstellender Arzt/Ärztin:

Klinik:

Initialen des Patienten:

Alter:

Geschlecht:

Diagnose:

Histologie: Nr.

Path. Institut:

T Hormonrezeptoren (falls zutreffend):

N

M sonstige Merkmale:

G

R

Tumormanifestationen (alle, Größe ca.):

WHO-Grad:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> normale körperliche Aktivität (0)                                 | <input type="checkbox"/> spezielle Hilfe erforderlich, >50%<br>bettlägerig (3)     |
| <input type="checkbox"/> eingeschränkte körperl. Leistungsbreite,<br>nicht bettlägerig (1) | <input type="checkbox"/> schwerkrank, keine Selbst-<br>versorgung mehr möglich (4) |
| <input type="checkbox"/> versorgt sich weitgehend selbst,<br><50% bettlägerig (2)          | <input type="checkbox"/> nicht bekannt (X)   |

Vorbehandlung (mit Datum):

welche Beschwerden hat der Patient/die Patientin?

Begleiterkrankungen:

Fragestellung:

<p><b>bitte senden an: Onkologischer Schwerpunkt Stuttgart e. V.</b> <b>Telefax: 0711/64558-90</b> <b>oder Email: kolloquium@osp-stuttgart.de</b></p>
---