



Anmeldung zur Tumorkonferenz

Patient(in) _____ Geburtsdatum _____

Vorstellung am _____

Diagnose _____

Kurzanamnese _____

Vorliegende Befunde _____

Fragestellung _____

Name Vorstellender _____

Fremdbilder auf Datenträger bitte per Post an diese Adresse schicken:

**Krankenhaus Barmherzige Brüder
Strahlentherapie
Stichwort „Tumorkonferenz“
Prüfeningerstr. 86
93049 Regensburg**

Dieses Anmeldeformular bitte per Fax an 0941 / 369 – 2456 schicken