SOF TK 2.2
Ovarial Karzinom GZ

Nachname
Vorname
Geb. Datum

Alter des Patienten: ECOG: Menopausenstatus:

Patientenidentifikationsnummer: Fallnummer:

Diagnose:

Anamnese:

Familienanamnese:

Operation:

Histologie:

Tumorrest:

TNM Klassifikation:

FIGO Klassifikation:

Apparative Durchuntersuchung:

Therapieempfehlung vom XX.XX.XXXX:

Studie:

Behandlung nach Leitlinien: ☐ ja ☐ nein

Begründung Abweichung der Leitlinien:

Die definitive Strahlentherapie wird nach Vorstellung der Patientin gemäß den gültigen Leitlinien festgelegt. Etwaige Abweichungen des Konferenzbeschlusses, werden in das Tumorboard zurückgemeldet.

Prof. Dr. med. C. Jackisch - Chefarzt Gynäkologie:_____

Festgelegt durch:	**Name**	**Signatur**
Koordinationsklinik CA/OA	Jackisch/ OA	☒
Kooperationsklinik CA/OA	Baier/ OA	☒
Onkologe	Tesch	☒
Pathologe	Braun/ OA	☒
Radioonkologe CA/OA	Maximenko/ OA	☒
Radiologe CA/OA	Rillinger/ OA	☒
Chirurgie III CA/OA	Menke/ OA	☒

Bitte der Teilnahmeliste entnehmen, welche Ärzte im Einzelnen an der Therapieempfehlung mitgewirkt haben.

Einweisender Arzt:
Hausarzt:
Gynäkologe: