

**SOF- TK 2  
(Mamma-Karzinom)**

|               |
|---------------|
| Name, Vorname |
| Geburtsdatum  |

Alter des Patienten:

ECOG: Menopausenstatus:

Patientenidentifikationsnummer:

Fallnummer:

**Diagnose:**

**Anamnese:**

**Familienanamnese:**

**Operation:**

**Histologie:**

**Resektionsrand:**

**Tumorgroße:**

---

|                   |          |          |          |          |          |          |          |           |          |
|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|----------|
| <b>TNM-Status</b> | <b>T</b> | <b>N</b> |          | <b>G</b> | <b>R</b> | <b>L</b> | <b>V</b> | <b>Pn</b> | <b>M</b> |
| <b>präOP:</b>     |          |          | ( / ) LK |          |          |          |          |           |          |
| <b>TNM-Status</b> | <b>T</b> | <b>N</b> |          | <b>G</b> | <b>R</b> | <b>L</b> | <b>V</b> | <b>Pn</b> | <b>M</b> |
| <b>postOP:</b>    |          |          | ( / ) LK |          |          |          |          |           |          |

---



Radiatio:

DMP:

| <b>Festgelegt durch:</b>  | <b>Name</b>   | <b>Signatur</b>          |
|---------------------------|---------------|--------------------------|
| Koordinationsklinik CA/OA | Jackisch/ OA  | <input type="checkbox"/> |
| Kooperationsklinik CA/OA  | Baier/ OA     | <input type="checkbox"/> |
| Onkologe                  | Tesch         | <input type="checkbox"/> |
| Pathologe                 | Braun/ OA     | <input type="checkbox"/> |
| Radioonkologe CA/OA       | MaximenkoOA   | <input type="checkbox"/> |
| Radiologe CA/OA           | Rillinger/ OA | <input type="checkbox"/> |
| Chirurgie III CA/OA       | Menke/ OA     | <input type="checkbox"/> |

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

**Einweisender Arzt: Hausarzt:**

**Gynäkologe:**