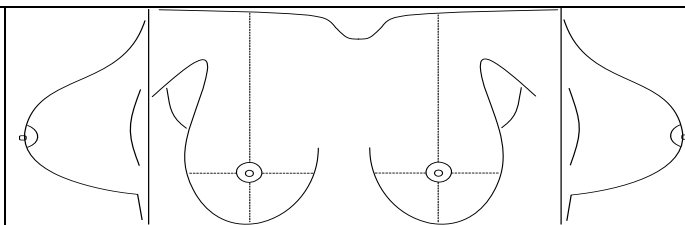


# IROK-Patientin, Klinik für Senologie - Brustzentrum Ruhrgebiet -

Onkologie • Senologie • Strahlentherapie • Radiologie • Pathologie

Name:	Datum IROK:
Vorname:	Kontaktperson im Krankenhaus: Dr. A. Abdallah
Geb.-Datum:	Datum der Vorstellung Strahlentherapie:
	Mammographiescreening: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Onkologie:
	Behand. Gynäkologe:
	Telefax:

Alter der Patientin:		Menopausenstatus:	
Histologie R:		Grading: Regressionsgrad:	
Histologie L:		Grading: Regressionsgrad:	
1. OP Stadium R:	T cm	N ( / )	SLN: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
1 OP Stadium L:	T cm	N ( / )	SLN: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. OP Stadium:	T cm	N ( / )	SLN: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rezeptoren R:	ER:	PR:	HER-2:
Rezeptoren L:	ER:	PR:	HER-2:
IORT: vorgezogener intraoperativer Boost (20 Gray) des Tumoralagers		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Onkologische Anamnese:	
	Tumorgröße      sono      klinisch

Gyn.-Untersuchung:	<input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> V. a.
Knochenszintigramm:	<input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> V. a.
Oberbauch-Sono:	<input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> V. a.
Röntgen Thorax:	<input type="checkbox"/> o. B. <input type="checkbox"/> V. a.
Sonstiges:	
Präoperativ:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Datum:

Therapie (1. ROK)	1.
	2.
Datum:	3.
Weitere Untersuchung	
Therapie (2. ROK)	1.
	2.
Datum:	3.
Weitere Untersuchung	
Therapie (3. ROK)	1.
	2.
Datum:	3.

Palliativstation / Hospiz       Sozialdienst       Psychologe       Schmerztherapeut

Gespräch am:      wird eingeleitet durch:

Unterschriften:	Senologie	Onkologie	Strahlenklinik	Pathologie	Radiologie
Datum:					
Datum:					
Datum:					