

**Anmeldung zur**

**Tumorkonferenz des Hauttumorzentrums Klinikum Dortmund**

**Fax-Nr. 0231/953 21086**

**Tel.-Nr. 0231/953 21557**

**Patientendaten:**

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Diagnose:** Befunde (Histologie, Staging) bitte beilegen

**Relevante Nebendiagnosen:**

**Bisherige Therapie:**

**Frage an die Tumorkonferenz:**

Praxisstempel/Unterschrift