


	Anmeldeformular	 KLINIKUM INGOLSTADT
Geltungsbereich: Klinikum Ingolstadt	Tumorkonferenz Lunge / Thorax	

Patient:

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			
Geschlecht:			
EZ [Größe / Gew.]	Größe:	cm	Gewicht: kg
AZ [ECOG]	ECOG		

Einweiser bzw. zuständige Ärztin / zuständiger Arzt:

Name:	
Telefonnummer:	

Anamnese:

Allg. Anamnese:	
Berufsname:	
(Ex-)Raucher:	
Bek. Diagnosen:	
Voroperationen:	
Vorbehandlungen:	

Radiologische Befunde:

CT-Befund:	
Weitere radiolog. Diagnostik:	

Funktionelle pneumologische Diagnostik:

TLC:	(% vom Soll)
FVC:	(% vom Soll)
FEV1/VC:	(% vom Soll)
FEV1:	(% vom Soll)
DLCO SB:	(% vom Soll)

Gasaustausch:

pH:	
paO2:	mmHg
paCO2:	mmHg

Echokardiographie, angiologische und weitere kardiologische Befunde (LHK, RHK, MSZ etc.):

--

Zytopathologische / histologische Befunde:

Zytopatholog. Bef.:	
Histologische Bef.:	
Grading:	
IHC:	
PD-L1-Status:	
Molekulargenetik.:	

Fragestellung:

--