



Evangelisches
Krankenhaus
Lippstadt

ANMELDUNG ZUM INTERDISZIPLÄREN ONKOLOGISCHEN ARBEITSKREIS



Vorstellung am:

Patient:

geb.:

Vorstellender Arzt:

Station:

Hausarzt (Adresse):

Histologische Diagnose:

Grading:

Tumorstadium: T:___N:___M___

Karnofsky Index*: ___%

Fragestellung:

**Bitte per Fax bis spätestens Dienstag 14.00 Uhr zurück an Sekretariat
Dr. med. P. Wolf (z. Hd. v. Frau Silbernagel): Fax-Nr.: 02941-67-1144**

* Karnofsky-Skala

100% = normal, keine Beschwerden oder Krankheitszeichen
90% = geringfügige Symptome, normale Lebensführung möglich
80% = Symptome, die normales Leben mit Anstrengung zulassen
70% = Selbstversorgung noch möglich
60% = Selbstversorgung mit gelegentlicher Hilfe noch möglich
50% = auf häufige Hilfe angewiesen
40% = behindert und pflegebedürftig, noch nicht hospitalisiert
30% = schwer behindert, hospitalisiert
20% = schwer krank, stationäre Behandlung
10% = moribund, sterbend
0% = verstorben