

## Anmeldeformular Beispielfall zur Diskussion mit dem Medizinischen Dienst

<b>Einsender</b>	
<b>Kontaktdaten</b>	

### Fallbeschreibung

<b>Geschlecht, Alter</b>	
<b>Diagnose (Histologie), Stadium, Risikofaktoren (IPI, MIPI, Genetik)</b>	
<b>Erstdiagnose</b>	

<b>Komorbidität</b>	
<b>PS (ECOG) bei Indikationsstellung CART</b>	
<b>HCT-CI</b>	

<b>Chronologie</b>	

<b>Ggf. schon erhaltenes Feedback vom MD</b>	
--	--

<b>Fragestellungen</b>	

Bitte einsenden an [Info@dag-hszt.de](mailto:Info@dag-hszt.de).