

TUMORFALLBESPRECHUNG Abdominaltumore
Mittwoch, 16.30 Uhr

Name Vorname Geb. Alter Zuständiger Arzt Abteilung

**Anamnese:
Diagnose:
Operation:
Histologie:
Weiteres Prozedere:**

Geb. Zuständiger Arzt Abteilung

Name Vorname

**Anamnese:
Diagnose:
Operation:
Histologie:
Weiteres Prozedere:**

per Mail an:

arztsekretariat6.1@clarunis.ch

