

Registerstudie Mammakarzinom des Mannes

Registrierungsbogen

Telefax
Universitätsfrauenklinik Magdeburg
Brustzentrum
Dr. med. Eggemann
Gerhart Hauptmann Str.35
39108 Magdeburg
FAX 0391/6717483

Name des Zentrums:	
Adresse: _____ _____ _____	
Tel: _____	
Fax: _____	
Klinik Nummer <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Datum: <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>
Patienteninitialen: <u> </u> <u> </u> <u> </u>	Geburtsdatum: <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>

Histologisch gesichertes primäres Mammakarzinom des Mannes ja nein

Vorliegen der schriftlichen Einverständniserklärung ja nein

Rückantwort der Studienzentrale	
Registrierungsdatum: <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
Patientennummer: <u> </u> <u> </u> <u> </u> <u> </u>	
Unterschrift:	