# Beschreibung: CCC_Logo_RGB**logo_UKT_4c**

#

**Zentrum für Dermatoonkologie**

# **Anmeldung zur Interdisziplinären Hauttumorkonferenz**

**am Mittwoch, den**

13.45 Uhr, Hörsaal (1.OG) Universitäts-Hautklinik, Liebermeisterstr. 25

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patient/Patientin |       | Geb. |       |
| Straße + Hausnr. |       | PLZ + Ort |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose |       |

|  |  |
| --- | --- |
| KonkreteFragestellung |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anmeldender Arzt/anmeldende Ärztin |       | Tel. |       |
| Klinik |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Überweisende Ärztin/überweisender Arzt |       | Tel. |       |
| Adresse: |       | Fax |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für die Anmeldung von externen Patienten/-innen:Krankenschein wird zugeschicktfalls nein: Krankenkasse       Mitgliedsnr.      Die Patientin/der Patient wurde über die Weitergabe ihrer/seiner Gesund-heitsdaten zur interdisziplinären Beratung in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO informiert und hat ihr/sein Einverständnis hierzu erklärt. | [ ]  ja | [ ]  nein[ ]  ja |