# 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Konkrete Fragestellung |  |

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

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für die Anmeldung von externen Patienten/-innen:  Krankenschein wird zugeschickt  falls 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 |