**am Donnerstag, den** **, Uhrzeit: 15.45 Uhr  
Ort: Demo-Raum Radiologische Diagnostik, Medizinische Klinik**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** |  | | | **geb.** | |  | |
| **Diagnose** |  | | | | | | |
| Follikuläres NHL | |  | Plasmozytom | | | |  |
| Mantelzelllymphom | |  | M. Hodgkin | | | |  |
| Großzell.-diffuses B-NHL | |  | Aggressives T-Zell-Lymphom | | | |  |
| CLL | |  | MALT-Lymphom | | | |  |
| V. a. Lymphom (noch nicht gesichert) | |  | Sonstiges Lymphom (bitte eintragen): | | | |  |
| **Datum der Erstdiagnose** | |  | | | | | |
| **Pathologie** (Ort, Befundnummer) | |  | | | | | |
| **Initialstadium** | |  | | | | | |
| **Primärmanifestationen** | |  | | | | | |
| **Therapie und Verlauf** | |  | | | | | |
| **Begleiterkrankungen** | |  | | | | | |
| **Karnofsky-Index** | |  | | | | | |
| **Fragestellung** | |  | | | | | |
| **Anwesenheit von Spezialisten erforderlich (ggf. Abteilung)?** | |  | | | | | |
| **Anmeldung durch Arzt/Ärztin** | |  | | | **Tel.** | |  |
| **Klinik/Station** | |  | | | | | |
| **Hausärztin/Hausarzt** | |  | | | **Tel.** | |  |
| **Anschrift** | |  | | | **Fax** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Die Patientin/der Patient wurde über die Weitergabe ihrer/seiner Gesundheitsdaten zur interdisziplinären Beratung in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO informiert und hat ihr/sein Einverständnis hierzu erklärt. | **Ja** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Krankenschein wird zugeschickt** | | **ja** |  | **nein** | \* |
| **\*falls nein, Krankenkasse:** |  | **Versicherungsnr.** | |  | |