

**Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren**

# **Anmeldung zur Sarkomkonferenz**

# **am Montag, den**

15.00 Uhr s.t., Demo-Raum Röntgen, Ebene 3, Raum 302

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Patient/-in (Name, Vorname): |  | Geb. |  |
| 1. Meldende(r) Ärztin/Arzt |  | Telefon: |  |
| Krankenhaus/Adresse: |  | Fax: |  |

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

*Bei Anmeldung zur Sarkomkonferenz von der Patientin/vom Patienten selbst:*

*Ich bin über die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten zur Beratung in der Sarkomkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO informiert und bin damit einverstanden.*

*Datum: ……………………………... Unterschrift Patient/-in: …….....……………………………...……..*

1. Erforderliche Dokumente, soweit zutreffend:

Aktueller Arztbrief zum Krankheitsverlauf

OP-Bericht

Histopathologiebericht

schriftliche Befunde der Bildgebung

Überweisungsschein / Abrechnung über Konsilschein

1. UKT-Externe Bildgebung eingesandt per

CD (Postadresse: Zentrum Weichteilsarkome, Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen)

Teleradiologie

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Konkrete Fragestellung: |  |