

**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:
 |       |