**Dienstag, Mittwoch, Donnerstag, Uhrzeit: 7:30 Uhr  
Ort: CRONA - Ebene 03 – Demo Raum 414 Radiologie**

**Anmeldung muss am Vortag bis 11 Uhr eingegangen sein!**

**Tumorkonferenz am:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname**  **Adresse** |  | | **geb.** | |  | |
| **Adresse** |  | |  | | | |
| **Diagnose** |  | | | | | |
| **Datum der Erstdiagnose** | |  | | | | |
| **Pathologie** (Ort, Befundnummer) | |  | | | | |
| **Bildgebung** | | Bilder online geschickt und Befunde per Fax  CD-Rom mit Befund per Post geschickt | | | | |
| **Initialstadium** | |  | | | | |
| **Therapie und Verlauf** | |  | | | | |
|  | | Briefe, Verlauf, Pathobefund, OP-Bericht per Fax  Briefe, Verlauf, Pathobefund, OP-Bericht per Post | | | | |
| **Begleiterkrankungen** | |  | | | | |
| **Karnofsky-Index** | |  | | | | |
| **Fragestellung** | |  | | | | |
| **Anmeldende(r) Ärztin/Arzt** | |  | | **Tel.** | | **Fax:** |
| **Anschrift** | |  | | | | |
| **Klinik/Station** | |  | | | | |
| **Hausarzt/Hausärztin** | |  | | **Tel.** | | **Fax:** |
| **Anschrift** | |  | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 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** | **Konsil** |
| **Falls nein, Krankenkasse:** | **Versicherungsnr.** | | |