**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.**       |