# Beschreibung: CCC_Logo_RGB

**Zentrum für Urogenitaltumoren (ZUG)**

# **Anmeldung zur**

**Interdisziplinären Tumorkonferenz Urogenitale Tumoren**

**am Dienstag, den**

16.00 Uhr s.t., Demonstrationsraum der Klinik für Urologie, Ebene A-03 Raum 186

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patient/-in |  | Geb. |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Therapie/ Verlauf |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Pathologie |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bildgebende Diagnostik | (wichtig: bitte unter **07071 29-80557** rechtzeitig anmelden) |

|  |  |
| --- | --- |
| Konkrete Fragestellung |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anmeldender Arzt/ anmeldende Ärztin |  | Tel. |  |
| Klinik |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Überweisende Ärztin/ überweisender Arzt |  | Tel. |  |
| Straße/Ort |  | Fax |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für die Anmeldung von externen Patienten/-innen:  Krankenschein wird zugeschickt  falls nein: Krankenkasse  Mitgliedsnr.  Die Patientin/der Patient wurde über die Weitergabe ihrer/seiner Gesund-heitsdaten zur interdisziplinären Beratung in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO informiert und hat ihr/sein Einverständnis hierzu erklärt. | ja | nein    ja |