

Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren

Anmeldung zur Sarkomkonferenz am Montag, den (Anmeldefrist Freitag der Vorwoche, um 12.00 Uhr)

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

1. Patient/-in (Name, Vorname): _____ Geburtsdatum: _____
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
2. Meldende(r) Ärztin/Arzt: _____ Telefon: _____
Krankenhaus/Adresse: _____ Fax: _____
3. Erforderliche Dokumente, soweit zutreffend:
 - ☐ Aktueller Arztbrief zum Krankheitsverlauf
 - ☐ OP-Bericht
 - ☐ Histopathologiebericht
 - ☐ schriftliche Befunde der Bildgebung
 - ☐ Überweisungsschein / Abrechnung über Konsilschein
4. UKT-Externe Bildgebung eingesandt per
 - ☐ CD/DVD (Postadresse: Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren, Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen)
 - ☐ QR Code
 - ☐ Teleradiologie
5. Konkrete Fragestellung:

**Bitte Anmeldung mit Unterlagen an: Fax: 07071 29-25470, Tel.: 07071
29-86483 Mail: Sarkome@med.uni-tuebingen.de**

6. Datenschutz

Datenübermittlung zw. Hausärztin u. Hausarzt/Fachärztin und Krankenhaus

(Einverständniserklärung gem. Art.6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO, i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V):

Ich bin damit einverstanden, dass das Krankenhaus die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an meinen Hausarzt/meine Hausärztin oder Facharzt/Fachärztin zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt/meiner Hausärztin oder Facharzt/Fachärztin.

Weiter bin ich damit einverstanden, dass das Krankenhaus die bei meinem Hausarzt/Hausärztin oder Fachärztin/Facharzt vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, sofern diese für meine Krankenhausbehandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Krankenhaus, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes/Hausärztin oder Fachärztin/Facharztes zu erhalten. Das Krankenhaus wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Unterschrift Patient/-in

Datum

**Bitte Anmeldung mit Unterlagen an: Fax: 07071 29-25470, Tel.: 07071
29-86483 Mail: Sarkome@med.uni-tuebingen.de**

Formular unter www.ccc-tuebingen.de > Medizinisches Personal > Tumorkonferenzen > Sarkomkonferenz
Version gültig seit Oktober 2025