

Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren

Anmeldung zur Sarkomkonferenz am Montag, den _____

(Anmeldefrist Donnerstag der Vorwoche, 12.00 Uhr)

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

Die Patientin/der Patient wurde über die Weitergabe ihrer/seiner Gesundheitsdaten zur interdisziplinären Beratung in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung gemäß Art.6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a, h, Abs. 3, Abs. 4 DSGVO, i.V.m. § 73 Abs. 1b SGB V informiert und hat ihr/sein Einverständnis hierzu erklärt.

☐ Ja

Patient/-in (Name, Vorname) _____ Geburtsdatum: _____

Adresse und Telefon
(bei Erstanmeldung): _____

Meldende(r) Ärztin/Arzt: _____ Telefon: _____

Station/Abteilung: _____ Pieper: _____

Fax: _____

• Erstdiagnose (Mon/Jahr): _____ ECOG: _____

• Histologie: _____

• Lokalisation: _____

• Größe LxBxT [cm]: _____

• Ausdehnung: ☐ lokoregional ☐ metastasiert

• Grading (nach FNCLCC): ☐ G1 ☐ G2 ☐ G3 ☐ unbekannt

• Stadium TNM: ☐ T1 / ☐ T2 ☐ T3 / ☐ T4 ☐ N0 / ☐ N1 ☐ M0 / ☐ M1

• Resektionsstatus: ☐ R0 ☐ R1 ☐ R2 ☐ unbekannt

• Zuständige Pathologie: _____ E-Nr.: _____

• Therapie (Chirurgie/Strahlentherapie/Chemotherapie) und Verlauf (stichwortartig mit Zeitangaben): _____

• Welche Bildgebung soll vorgestellt werden:

Zuständige Radiologie (auswärtige Befunde müssen beigelegt werden!)

☐ CT ☐ MRT ☐ Röntgen Datum: _____

☐ CT ☐ MRT ☐ Röntgen Datum: _____

Bitte Anmeldung 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 Juli 2026

• Externe Bildgebung eingesandt per

- ☐ CD/DVD (Postadresse: Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren,
Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen)
- ☐ QR Code
- ☐ Teleradiologie

• Konkrete Fragestellung:

-
- Beiliegende Dokumente: ☐ Histopathologiebericht ☐ Bildgebung
(auswärtige Patienten/-innen) ☐ OP-Bericht ☐ Überweisungsschein, gesetzlich versichert
- Versicherungsstatus: ☐ gesetzlich oder ☐ privat versichert?
- Krankenversicherung: _____
- Versichertennummer: _____
- War Patient/-in in den letzten 4 Wochen stationär in einer Klinik?
Ja ☐ Nein ☐
- Wenn ja, von _____ bis _____ in der Klinik _____

Ort, Datum

Unterschrift zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

Bitte Anmeldung 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 Juli 2026



Nur von privatversicherten Patienten und Patientinnen auszufüllen

Einwilligung zur Datenweitergabe und Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname der Patientinnen/Patienten Geburtsdatum

Postleitzahl Wohnort der Patienten/ Patientinnen Straße und Haus-Nr.

Private Krankenversicherung Telefon-Nr. und E-Mail-Adresse

Name, Vorname und Anschrift der Hauptversicherten (falls abweichend von den Patientinnen/Patienten; bei minderjährigen Patienten/Patientinnen ggf. zusätzlich Name, Vorname und Anschrift der Sorgeberechtigten)

Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, dass das Universitätsklinikum Tübingen meine personenbezogenen Daten, einschließlich besonderer Kategorien personenbezogener Daten gemäß Art. 9 DSGVO an folgende Abrechnungsdienstleister übermittelt:

- UTAS GmbH (Universitätsklinikum Tübingen Abrechnung Service, Geissweg 3, 72076 Tübingen)
- unimed® Abrechnungsservices für Kliniken und Chefärzte GmbH, Michael-Uwer-Straße 17-19, 66687 Wadern

Ich entbinde hiermit die Beschäftigten des Universitätsklinikums Tübingen von ihrer ärztlichen Schweigepflicht gegenüber den Abrechnungsdienstleistern, soweit dies für die Durchführung der Abrechnung erforderlich ist.

Die übermittelten Daten können folgende Informationen umfassen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift
- Versicherungsdaten
- Behandlungszeitraum, Diagnosen und zugehörige Untersuchungsdaten, Art und Umfang der erbrachten Leistungen

Ich bin darüber informiert, dass die Abrechnungsdienstleister diese Daten ausschließlich zum Zweck der Abrechnung verarbeitet und angemessene technische und organisatorische Maßnahmen zum Schutz meiner Daten ergreift. Die Mitarbeitenden der Abrechnungsdienstleister unterliegen der Schweigepflicht und den Bestimmungen des Datenschutzes.

Für die Firma Unimed: Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass die unimed GmbH meine Behandlungsdaten zum Zwecke der Anonymisierung verarbeitet, um nachfolgend Auswertungen in ausschließlich anonymer Form zu erstellen.

Die Einwilligung ist freiwillig. Sofern keine Einwilligung erteilt wird, entstehen hieraus keine Nachteile.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, Ihre Einwilligung ohne Angaben von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem UKT und den Abrechnungsdienstleistern statt. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Der Widerruf ist zu richten an:

Universitätsklinikum Tübingen
Geissweg 3
72076 Tübingen
E-Mail: widerruf@med.uni-tuebingen.de

Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie unter:
<https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de/das-klinikum/datenschutz-am-klinikum>

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in,
ggf. Unterschrift der gesetzlichen Vertretungen