



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

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]:				
	lokoregional	metastasier		
Ausdehnung:Grading (nach FNCLCC):			☐ G3	unbekannt
• Stadium TNM:	☐ T1 / ☐T2	☐ T3 / ☐ T4	N0 / □ N1	
• Resektionsstatus:	RO	□R1	☐ R2	unbekannt
Zuständige Pathologie:			E-Nr.:	
• Therapie (Chirurgie/Strahlen	therapie/Chemother	apie) und Verlauf	(stichwortartig mit Zeita	ngaben):
Welche Bildgebung soll vorg	estellt werden:		indige Radiologie (auswärt elegt werden!)	ige Befunde müssen
☐ CT ☐ MRT ☐ Röntge	n Datum:			
☐ CT ☐ MRT ☐ Röntge	n Datum:			

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

 Externe Bildgebung eingesandt μ 	per	
	Zentrum für Weichteilsarkome , 72076 Tübingen)	e, GIST und Knochentumoren, Otfried-Müller-
Konkrete Fragestellung:		
• Beiliegende Dokumente: (auswärtige Patienten/-innen)	☐ Histopathologiebericht ☐ OP-Bericht	☐ Bildgebung ☐ Überweisungsschein, gesetzlich versichert ☐ Privat versichert
Ort, Datum	 Unterschrift zuweisend	e Ärztin/zuweisender Arzt