

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]: _____

• 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 29-4399, Tel.: 07071 29-82127

Mail: Sarkome@med.uni-tuebingen.de

• 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: (auswärtige Patienten/-innen)
 - Histopathologiebericht
 - OP-Bericht
 - Bildgebung
 - Überweisungsschein, gesetzlich versichert
 - Privat versichert

Ort, Datum

Unterschrift zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

Bitte Anmeldung an: Fax: 07071 29-4399, Tel.: 07071 29-82127

Mail: Sarkome@med.uni-tuebingen.de