# **Anmeldung zur Interdisziplinären Neuroonkologischen Tumorkonferenz**

**am Dienstag, den**

15.30 Uhr, CRONA-Kliniken, Ebene B-03 Raum 574

**Anmeldeschluss: Montag um 12.00 Uhr**

Wichtiger Hinweis: Bitte beachten Sie, dass nur vollständige Anmeldungen (incl. aktuellem Arztbrief, incl. Angaben zum Therapieverlauf sowie mit aktueller Bildgebung) berücksichtigt werden können.

Ferner können konkrete Nachfragen oder sogar eine klinische Vorstellung an unserem Zentrum notwendig werden. Erst wenn alle Informationen vollständig sind, wird eine Vorstellung im Tumorboard erfolgen. Wir bitten Sie, die hierfür notwendigen zeitlichen Latenzen bei Ihrer Anmeldung zu berücksichtigen. Vielen Dank!

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

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose  Karnofsky-Index |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anmeldender Arzt/ anmeldende Ärztin |  | Tel. |  |
| Klinik/Praxis |  | Antwort an Fax |  |
| Befindet sich die Patientin/der Patient bei Ihnen in stationärer Behandlung?  ja  nein | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Überweisende Kollegin/ überweisender Kollege |  | 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 |