

## Zentrum für Dermatoonkologie

### Anmeldung zur Interdisziplinären Hauttumorkonferenz am Mittwoch, den \_\_\_\_\_

13.45 Uhr, Hörsaal (1.OG) Universitäts-Hautklinik, Liebermeisterstr. 25

Patient/Patientin		Geb.	
Straße + Hausnr.		PLZ + Ort	

ECOG	Datum	
Letzte radiologische Bildgebung	Datum	Befund
		Angaben z. Klinikum (wenn extern)
		Art der Bildübermittlung
Diagnose		

Strahlentherapie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Konkrete Fragestellung
--	------------------------

Anmeldender Arzt/ anmeldende Ärztin		Tel.	
Klinik			

Überweisende Ärztin/ überweisender Arzt		Tel.	
Adresse:		Fax	

Datum
-------

**Bitte faxen Sie diese Anmeldung an: 07071 29-4599**

Für die Anmeldung von externen Patienten/-innen:

gesetzlich versichert  privatversichert

Krankenschein wird zugeschickt  ja  nein

falls nein: Krankenkasse

Mitgliedsnr.

Die Patientin/der Patient wurde über die Weitergabe ihrer/seiner Gesundheitsdaten zur interdisziplinären Beratung in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO informiert und hat ihr/sein Einverständnis hierzu erklärt.  ja

Wir gehen davon aus, dass sie das Ergebnis der Tumorkonferenz mit dem Patienten besprechen und gegebenenfalls weitere Schritte einleiten. Alternativ lassen Sie uns bitte wissen, ob wir den Patienten bei uns anbinden sollen. Danke!

**Bitte faxen Sie diese Anmeldung an: 07071 29-4599**

Dieses Formular finden Sie unter [www.ccc-tuebingen.de](http://www.ccc-tuebingen.de) > Medizinisches Personal > Tumorkonferenzen  
Version gültig seit Juli 2025