

## Anmeldung zur Lungenkonferenz am Donnerstag, den

16.15 Uhr, 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 EU-DSGVO informiert und hat ihr/sein Einverständnis hierzu erklärt.  Ja

|                                |  |            |
|--------------------------------|--|------------|
| Patient/-in<br>(Name, Vorname) |  | geboren am |
| Adresse (bei<br>Erstanmeldung) |  | Tel.       |
|                                |  | E-Mail     |
| Anmeldende(r)<br>Ärztin/Arzt   |  | Tel.       |
|                                |  | E-Mail     |
| Hausärztin/-arzt               |  | Tel.       |
|                                |  | E-Mail     |

|                            |  |                |
|----------------------------|--|----------------|
| Erstdiagnose<br>(Mon/Jahr) |  | Hauptdiagnose  |
| Nebendiagnosen             |  | ECOG/Karnofski |

|                            |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|
| Nikotinkonsum              | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | p/y  |  |
| Herzerkrankung             | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  | Wenn ja welche:  |  |
| Hinweis auf<br>Kollagenose |  |  |  |
| Beruf/Exposition           |  |  |  |
| Metastasierung             | <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> OTH<br><input type="checkbox"/> HEP <input type="checkbox"/> BRA | <input type="checkbox"/> ADR <input type="checkbox"/> MAR<br><input type="checkbox"/> SKI <input type="checkbox"/> OSS | <input type="checkbox"/> PUL <input type="checkbox"/> PER<br><input type="checkbox"/> PLE <input type="checkbox"/> LYM |
| TNM                        | T  | N  | M  |
| Beiliegende<br>Dokumente   | <input type="checkbox"/> Überweisungsschein  | <input type="checkbox"/> Bildgebung<br>(CD/Barcode/ChilliWeb)  | <input type="checkbox"/> OP-Bericht  |
|                            | <input type="checkbox"/> Pathologiebericht   | <input type="checkbox"/> Radiologiebefunde   | <input type="checkbox"/> NUK-Befunde   |
|                            | <input type="checkbox"/> Lungenfunktion  | <input type="checkbox"/> Labor   | <input type="checkbox"/>   |

|   |
|---|
| Konkrete Fragestellung:   |
|   |
| Therapie/Verlauf (Chirurgie/Strahlentherapie/Chemotherapie) stichwortartig mit Zeitangaben: |
|   |

**Bitte senden Sie diese Anmeldung an: Fax 07071 29-25438**

Fragen zum Board: [Lungenkrebs@med.uni-tuebingen.de](mailto:Lungenkrebs@med.uni-tuebingen.de) oder [Lungenfibrose@med.uni-tuebingen.de](mailto:Lungenfibrose@med.uni-tuebingen.de)

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