**am Donnerstag, den** **, Uhrzeit: 15.45 Uhr
Ort: Demo-Raum Radiologische Diagnostik, Medizinische Klinik**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** |       | **geb.** |       |
| **Diagnose** |       |
| Follikuläres NHL | [ ]  | Plasmozytom | [ ]  |
| Mantelzelllymphom | [ ]  | M. Hodgkin | [ ]  |
| Großzell.-diffuses B-NHL | [ ]  | Aggressives T-Zell-Lymphom | [ ]  |
| CLL | [ ]  | MALT-Lymphom | [ ]  |
| V. a. Lymphom (noch nicht gesichert) | [ ]  | Sonstiges Lymphom (bitte eintragen): |       |
| **Datum der Erstdiagnose** |       |
| **Pathologie** (Ort, Befundnummer) |       |
| **Initialstadium** |       |
| **Primärmanifestationen** |       |
| **Therapie und Verlauf** |       |
| **Begleiterkrankungen** |       |
| **Karnofsky-Index** |       |
| **Fragestellung** |       |
| **Anwesenheit von Spezialisten erforderlich (ggf. Abteilung)?** |       |
| **Anmeldung durch Arzt/Ärztin** |       | **Tel.** |       |
| **Klinik/Station** |       |
| **Hausärztin/Hausarzt**  |       | **Tel.** |       |
| **Anschrift** |       | **Fax** |       |

|  |  |
| --- | --- |
| 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** [ ]  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Krankenschein wird zugeschickt** | **ja** | [ ]  | **nein** | [ ] \* |
| **\*falls nein, Krankenkasse:** |       | **Versicherungsnr.** |       |