**Anmeldeformular für die Gastrointestinale Tumorkonferenz (ZGO)**

Di-Do, 7.30 Uhr │ CRONA, Ebene 3, Demo Raum 414 Radiologie

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Patient/-in |  | | | geb. |
| Adresse |  | | | |
| Diagnose |  | | | |
| Datum ED |  | | | |
| Initialstadium |  | | | |
| Pathologie  (Ort, Befundnr.) |  | | | |
| Befunde | aktuelle Bildgebung CT/MRT + ggf. Vorbildgebungen mit Befundberichten | | | Bilder online, Befunde per Fax  CD-Rom und Befunde per Post |
| Verlaufsbrief (mit Erfassung aller bisher erfolgten Therapien), OP-Bericht, Histologie, Immunhistochemie/ Molekularpathologie, Labor inkl. Tumormarkern | | | per Fax  per Post |
| Therapie und Verlauf |  | | | |
| Begleit-erkrankungen |  | | | |
| Karnofsky/ECOG |  | | | |
| Ausführliche Fragestellung |  | | | |
| Entsteht die Anfrage im Rahmen eines stationären Aufenthaltes oder einer ambulanten Behandlung? | | | | ambulant  stationär |
| Krankenschein per Post/Fax | | ja  nein  Konsil | | |
| Falls nein | Krankenkasse: | | Versicherungsnr. | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anmeldende(r) Ärztin/Arzt |  | Tel: | Fax: |
| Anschrift: | | |
| Hausarzt/-ärztin |  | Tel: | Fax: |
| Anschrift: | | |