**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:       |