

Zentrum für Weichteilsarkome, GIST und Knochentumoren

# **Anmeldung zur Sarkomkonferenz**

# **am Montag, den**

16.00 Uhr s.t., Demo-Raum Röntgen, Ebene 3, Raum 302

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Patient (Name, Vorname):
 |       | Geb. |       |
| 1. Meldender Arzt/Hausarzt:
 |       | Telefon: |       |
|  Krankenhaus/Adresse: |       | Fax: |       |

1. **Datenschutz**
Der Patient wurde über die Weitergabe seiner Gesundheitsdaten zur interdisziplinären Beratung
in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung informiert (siehe CCC Patienteninfo gemäß EU-DS-GVO) und hat sein Einverständnis hierzu erklärt. [ ]  Ja

*Bei Anmeldung zur Sarkomkonferenz vom Patienten selbst:*

*Ich habe mich über die CCC Patienteninformation gemäß EU-DS-GVO über die Datenverarbeitung informiert, die zur Vorstellung in der Sarkomkonferenz notwendig ist und bin damit einverstanden.*

*Datum: …………………………. Unterschrift des Patienten: …….....………………………………..*

1. Erforderliche Dokumente, soweit zutreffend:

[ ]  Aktueller Arztbrief zum Krankheitsverlauf

[ ]  OP-Bericht

[ ]  Histopathologiebericht

[ ]  schriftliche Befunde der Bildgebung

[ ]  Überweisungsschein / Abrechnung über Konsilschein

1. UKT-Externe Bildgebung eingesandt per

[ ]  CD (Postadresse: Zentrum Weichteilsarkome, Otfried-Müller-Str. 10, 72076 Tübingen)

[ ]  Teleradiologie

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Konkrete Fragestellung:
 |       |