

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: |  |