# Beschreibung: CCC_Logo_RGB

**Zentrum für Urogenitaltumoren (ZUG)**

# **Anmeldung zur**

**Interdisziplinären Tumorkonferenz Urogenitale Tumoren**

**am Dienstag, den**

16.00 Uhr s.t., Demonstrationsraum der Klinik für Urologie, Ebene A-03 Raum 186

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patient/-in  |       | Geb.  |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Diagnose |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Therapie/Verlauf |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Pathologie |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Bildgebende Diagnostik |      (wichtig: bitte unter **07071 29-80557** rechtzeitig anmelden) |

|  |  |
| --- | --- |
| Konkrete Fragestellung |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Anmeldender Arzt/anmeldende Ärztin |       | Tel. |       |
| Klinik |       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Überweisende Ärztin/überweisender Arzt |       | Tel. |       |
| Straße/Ort |       | Fax |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Für die Anmeldung von externen Patienten/-innen:Krankenschein wird zugeschicktfalls nein: Krankenkasse       Mitgliedsnr.      Die Patientin/der Patient wurde über die Weitergabe ihrer/seiner Gesund-heitsdaten zur interdisziplinären Beratung in der Tumorkonferenz und die damit verbundene Datenverarbeitung gemäß EU-DSGVO informiert und hat ihr/sein Einverständnis hierzu erklärt. | [ ]  ja | [ ]  nein[ ]  ja |