

Anmeldung eines Patienten zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
 bitte melden Sie Ihren Patienten zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz mit diesem Formular oder
 formlos unter Angabe der nachfolgenden Daten an. Stellen Sie uns bitte die notwendigen Befunde und Arztberichte
 sowie Bildaufnahmen zur Erkrankung zur Verfügung und schicken Sie uns unbedingt die obligatorische, vom Patienten
 unterzeichnete Einverständniserklärung, zu.

Die Form der Befundübermittlung liegt in der Verantwortung des übermittelnden Arztes.

Wir stellen sicher, dass die unter o. g. Faxnummer eingehenden Daten vor Einsicht Dritter geschützt sind. Für die Über-
 tragung der Daten können wir keine Haftung übernehmen.

Prof. Dr. med. U. Keilholz

Datum	
Vorstellung	Wann (gewünschter Termin)
Behandelnder Arzt/Hausarzt	Titel Vorname Name Einrichtung / Anschrift Emailadresse Telefon Fax
Patientenangaben	Name, Vorname Geb.-Datum Geschlecht weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Rezidiv <input type="checkbox"/>
Diagnose	ICD-10:
Lokalisation	
TNM	
Histologische Sicherg. (wann, wo)	Codiert:
Nebendiagnosen	
Anamnese / bisheriger Verlauf	
Bisherige Diagnostik	
Bisherige Therapie	
Fragestellung	
Datum	Unterschrift des anmeldenden Arztes