

**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

<b>Datum</b>	
<b>Vorstellung</b>	Wann (gewünschter Termin)
<b>Behandelnder Arzt/Hausarzt</b>	Titel Vorname Name Einrichtung / Anschrift Emailadresse Telefon <span style="float: right;">Fax</span>
<b>Patientenangaben</b>	Name, Vorname Geb.-Datum Geschlecht <span style="margin-left: 100px;">weiblich <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 100px;">männlich <input type="checkbox"/></span>
Diagnose	Erstdiagnose <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">Rezidiv <input type="checkbox"/></span> <span style="float: right;">ICD-10:</span>
Lokalisation	
TNM	
Histologische Sichergh. (wann, wo)	<span style="float: right;">Codiert:</span>
Nebendiagnosen	
Anamnese / bisheriger Verlauf	
Bisherige Diagnostik	
Bisherige Therapie	
<b>Fragestellung</b>	
<hr/> Datum <span style="margin-left: 150px;">Unterschrift des anmeldenden Arztes</span>	