

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 Übertragung der Daten können wir keine Haftung übernehmen.

| | | | | | | | | | |
|---|---|----------------|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------------------|--------------|
| Datum | | | | | | | | | |
| Vorstellung | Gewünschte Konferenz | | | | | | | | |
| | Datum | | | | | | | | |
| Behandelnder Arzt/Hausarzt | Titel Vorname Name | Anschrift | Telefon | | | | | | |
| | | E-Mail-Adresse | Fax | | | | | | |
| Patientenangaben | Name, Vorname | Geb. Datum | Geschlecht Männlich Weiblich | | | | | | |
| Diagnose | | | ICD-10: | | | | | | |
| Lokalisation | | | | | | | | | |
| TNM | oder sonstige Klassifikation z.B. FIGO, Ann Arbor: | | | | | | | | |
| Histologische Sicherung | Wann | | Codiert: | | | | | | |
| | Wo | | | | | | | | |
| Anamnese/bisheriger Verlauf | | | | | | | | | |
| Bisherige Diagnostik | | | | | | | | | |
| Bisherige Therapie | | | | | | | | | |
| Fragestellung | | | | | | | | | |
| <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">_____</td> <td style="width: 33%; border: none;">_____</td> <td style="width: 33%; border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Datum</td> <td style="border: none;">Anmeldender Arzt</td> <td style="border: none;">Unterschrift</td> </tr> </table> | | | | _____ | _____ | _____ | Datum | Anmeldender Arzt | Unterschrift |
| _____ | _____ | _____ | | | | | | | |
| Datum | Anmeldender Arzt | Unterschrift | | | | | | | |