

Anmeldeformular – Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Zur Anmeldung einer Patientin/eines Patienten zur Tumorkonferenz füllen Sie das Dokument bitte aus und faxen Sie es an die **+49 2365 911-30302**.

Anmeldende/ Anmeldender Ärztin/Arzt	Titel/Vorname/Name	
	Einrichtung	
	Telefon/E-Mail/Fax	
Behandelnde/Be- handelnder Ärz- tin/Arzt	Titel/Vorname/Name	
	Einrichtung	
	Telefon/E-Mail/Fax	
Angaben Patient/in	Titel/Vorname/Name	
	Geburtsname	
	Geburtsdatum	
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
	Anschrift	
Diagnose Zeitangabe MM/YY	<input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Rezidiv	
Lokalisation und Ausbreitung		
Histologie Befunddatum		

Einladung zur Tumorkonferenz

Uroonkologisches Zentrum

URO Seite 2 von 2

Information zum Verlauf/Epikrise Zeitangabe MM/YY	
Bisherige Therapien und Therapieansprechen	
Fragestellung an die Konferenz	
Hinweise: Zusätzlich für die Anmeldung zu einer Tumorkonferenz sind die folgenden Unterlagen einzureichen: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Arztbriefe<input type="checkbox"/> Histologie<input type="checkbox"/> Labor<input type="checkbox"/> Radiologische Befunde<input type="checkbox"/> Einwilligung Patient/in	
Marien-Hospital Marl • KKRN Katholisches Klinikum Ruhrgebiet Nord GmbH Hervester Str. 57 • 45768 Marl T +49 2365 911-30859 • F +49 2365 911-30302 • E marluroonkozentrum@kkrn.de	
Datum	Unterschrift anmeldende/anmeldender Ärztin/Arzt - Stempel