****

**Interdisziplinäre Tumorkonferenz im Hauttumorzentrum Klinikum Oldenburg AöR Anmeldeformular**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bitte rechte Spalte ausfüllen, datiert unterschreiben und die Dokumente an das Hauttumorzentrum schicken: Hauttumorzentrum@Klinikum-Oldenburg.de

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Angaben des Anmeldenden Arztes** |
| **Anmeldender Arzt** Titel / Vorname / Name Einrichtung / Anschrift E-Mail Adresse Telefon / Fax |  |
| **Behandelnder Arzt / Hausarzt** Titel / Vorname / Name Einrichtung / Anschrift E-Mail Adresse Telefon / Fax |  |
| **Patientenangaben** Name, Vorname Geb.-Datum Geschlecht |  |
| **Tumorkonferenz / Wunschdatum** |  |
| **Tumorentität / Diagnose** inkl. Lokalisation / ICD-10 |  |
| **Histologie** Befunddatum Pathologisches Institut |  |
| **Verlauf** Ausbreitungsdiagnostik Ausbreitung TNM / UICC Bisherige relevante Befunde Bisherige Therapie Therapieergebnisse  |  |
| **Fragestellung** an die Konferenz |  |

 |
| **Hinweis:** Zusätzlich sind für die Anmeldung zu einer Tumorkonferenz folgende Unterlagen einzureichen: 1. Einwilligungserklärung des Patienten 2. Befunde, Arztbriefe und Bildaufnahmen zur Erkrankung (bis 12:00 Uhr am Vortag der Konferenz)  |
|

|  |
| --- |
|  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Datum  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Unterschrift des anmeldenden Arztes/ Stempel  |

 |
|   |
|  |
|   |
|   |
|  |
|  |