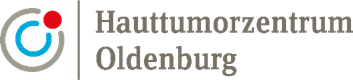
****

**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](mailto: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 | |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |