

Anmeldung Tumorboard

1. Tumorentitäten: Interdisziplinär ZNS HNO Augen Sarkom CUP
FAX-Anmeldung: 0340 501-4082; Termin: jeden Donnerstag, 16.00 Uhr Röntgen-Demo-Raum (Klinik für Radiologie)

2. Tumorentität: Leukämie Lymphom Hämatoblastose
FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Montag, 15:30 Uhr im Röntgen-Demo-Raum (Klinik für Radiologie)

3. Tumorentität: GI: Oesophagus EAG Magen Dünndarm Gallenwege Leber Pankreas Kolon
 Rektum Dünndarm Anus und Analkanal
FAX-Anmeldung: 0340 501-1210; Termin: jeden Montag, 15:50 Uhr im Röntgen-Demo-Raum (Klinik für Radiologie)

4. Tumorentität: Melanom Spinalom Basaliom andere Neoplasie der Haut
FAX-Anmeldung: 0340 501-4340 bzw. 4025 bis spätestens 12:00 Uhr donnerstags
Termin: jeden Donnerstag, 15:30 Uhr im Röntgen-Demo-Raum (Klinik für Radiologie)

5. Tumorentität: Lunge Thymus
FAX-Anmeldung: 0340 501-4340; Termin: jeden Dienstag, 08:15 Uhr im Röntgen-Demo-Raum (Klinik für Radiologie)

6. Tumorentität: Gyn Ovarial Uterus Vulva Vagina Brust
FAX-Anmeldung: 0340 501-4350; Termin: jeden Mittwoch, 08:10 Uhr im Röntgen-Demo-Raum (Klinik für Radiologie)

7. Tumorentität: Prostata-Ca. Niere Blase Hoden
FAX-Anmeldung: 0340 6502-2139; Termin: jeden Montag, 16:15 Uhr im Röntgen-Demo-Raum (Klinik für Radiologie)

Patient/in:

Name, Vorname: Geb.-Datum:

Betreuender Arzt:

Telefonkonferenz erwünscht: nein ja, Tel.-Nr. für Rücksprache & Anleitung:

Tumor-Diagnose:			
Stadium:	cT	cN	M
primäre Histologie:	Datum:	Institut:	
Datum des letzten biop- tischen Tumornach- weises:	<input type="checkbox"/> idem		
Relevante Radiologie:	Untersuchung:	Datum:	Institut:
Fragestellung:			

Anmeldebestätigung mit Termin der Besprechung geht per Fax an:

(Bitte Fax-Nr. angeben!)

.....

Datenschutzerklärung

Ich habe davon Kenntnis, dass im Rahmen des Tumorboardes Daten von Patienten, mit denen ich in keinem Behandlungsauftrag stehe, besprochen und erläutert werden. Über alle Daten der Patienten und Personen, die am Tumorboard diskutiert werden, werde ich Stillschweigen üben. Ich verstehe, dass die Fallbesprechungen dem Arztgeheimnis unterliegen.

.....
Unterschrift teilnehmender Arzt