

Tumorkonferenz-Anmeldeformular

bitte unterschrieben an folgende Rufnummer faxen:
Sekretariat Viszeralchirurgie – Chefarzt Dr. C. Reuter 05431/ 15- 46 53

Anmeldende Klinik / Praxis	
Anmeldender Arzt/Ärztin	
Patientenname, Geb. Datum	
Datum Tumorkonferenz	
Diagnose (TNM)	
Histologie (Nr.)	
Relevante Befunde/Therapie	
Fragestellung	
Erforderliche Bildbefunde (CT,MRT...) – bitte 2 Tage vor der Konferenz übermitteln!	
Bemerkungen	

Hiermit versichere ich, das der/die Patient/in über seine Vorstellung in unserer Tumorkonferenz, insbesondere über die Verarbeitung seiner Daten am Christlichen Krankenhaus Quakenbrück, aufgeklärt wurde und eingewilligt hat. Er/sie wurde über die Freiwilligkeit der Einwilligung sowie die Möglichkeit des nachteilsfreien jederzeitigen Widerrufs hingewiesen.

Datum _____ Unterschrift _____