

# Tumorkonferenz-Anmeldeformular

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

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

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 \_\_\_\_\_