

### Interdisziplinäre Tumorkonferenz – Anmeldeformular

Zur Anmeldung eines Patienten zur Tumorkonferenz füllen Sie das Dokument bitte aus und faxen Sie es an die 0511-532-8205. Zur Bearbeitung am PC laden Sie das Dokument bitte herunter.  
 Bitte beachten Sie die Hinweise am Ende des Dokumentes.

<b>Anmeldender Arzt</b>	Titel / Vorname / Name Einrichtung Anschrift E- Mail Adresse Telefon <span style="float: right;">Fax</span>
<b>Behandelnder Arzt</b>	Titel / Vorname / Name Hausarzt Einrichtung Anschrift E-Mail Adresse Telefon <span style="float: right;">Fax</span>
<b>Patientenangaben</b>	Name, Vorname Geb.-Datum Geschlecht <span style="margin-left: 100px;">männlich <input type="checkbox"/></span> <span style="margin-left: 50px;">weiblich <input type="checkbox"/></span> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">Rezidiv <input type="checkbox"/></span> Diagnose <span style="float: right;">ICD-10</span> Lokalisation und Ausbreitung Histologie Befunddatum Pathologisches Institut TNM / UICC Nebendiagnosen Bisherige Therapie Verlauf
<b>Fragestellung an die Konferenz</b>	
<b>Tumorkonferenz/Wunschdatum</b>	
Hinweis: Zusätzlich sind für die Anmeldung zu einer Tumorkonferenz folgende Unterlagen einzureichen: 1. Überweisung 2. Befunde, Arztbriefe und Bildaufnahmen zur Erkrankung (bis 12:00 Uhr am Vortag der Konferenz) Fax: 0511-532-8205 Adresse: MHH Claudia von Schilling-Zentrum OE 1116, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover	
_____ Datum	_____ Unterschrift des anmeldenden Arztes/ Stempel