

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte melden Sie Ihren Patienten zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz / zur Zweitmeinung mit diesem Formular oder formlos unter Angabe der nachfolgenden Daten an. Stellen Sie uns bitte die vorliegenden Befunde (MRT, CT, Histologie etc. im Anhang) und Arztberichte sowie Bildaufnahmen zur Erkrankung zur Verfügung. Bitte schreiben Sie leserlich oder in Druckschrift, die Druckqualität wird durch das Fax etwas vermindert. Darüber hinaus benötigen wir zwingend die vom Patienten unterzeichnete Einverständniserklärung. Die Form der Befundübermittlung liegt in der Verantwortung des übermittelnden Arztes. Wir stellen sicher, dass die unter u. g. Faxnummer eingehenden Daten vor Einsicht Dritter geschützt sind. Für die Übertragung der Daten können wir keine Haftung übernehmen.

Prof. Dr. med. S. Kersting
(Leiter des Onkologischen Zentrums Vorpommern)

Aktuelles Datum:			
Anmeldung unter:			
Onkologisches Zentrum Vorpommern der UMG		Fax: 03834-86-796118	
z. H. Sebastian Peters		e-Mail: oz-umg@med.uni-greifswald.de	
Sauerbruchstraße		Tel: 03834-86-6118	
17475 Greifswald		Tel: 03834-86-6078	
Vorstellung	<input type="radio"/> Brustzentrum	<input type="radio"/> Gynäkologie	<input type="radio"/> Hauttumorzentrum
	<input type="radio"/> Viszeral-Onkologisch	<input type="radio"/> Neuro-Onkologie	<input type="radio"/> Lymphome, Leukämien
	<input type="radio"/> Prostata & Urologie	<input type="radio"/> Lungenkrebs	<input type="radio"/> Sarkome
	<input type="radio"/> Kopf-Hals	<input type="radio"/> Kinderonkologie	
	<input type="radio"/> sonstiges:		
Anmeldender Arzt (Titel Vorname Name):			
Einrichtung / Anschrift:			
Emailadresse:			
Telefon/ Fax:			

Erstellt:	Peters, Sebastian - 12.10.2021 08:10:46	12.10.2021	ID: 5881
Inhaltlich geprüft:	Nordt, Claudia - 21.10.2021 14:52:04	21.10.2021	Revision: 006/10.2021
Formal geprüft:	Peters, Tina - 27.10.2021 09:58:08	27.10.2021	Wiedervorlage: 27.10.2023
Freigegeben:	Kersting, Stephan - 27.10.2021 11:16:27	27.10.2021	Seite 1 von 2

Patientenangaben	Name, Vorname:		
	Geb.-Datum:		
	Geschlecht:	<input type="checkbox"/> Weiblich	<input type="checkbox"/> Männlich
	<input type="checkbox"/> Erstdiagnose	<input type="checkbox"/> Rezidiv	
	Diagnose:		
	Lokalisation:		
	TNM:		
	Histologie (Pathologie-Nr./ wann / wo):		
	Relevante Nebendiagnosen:		
	Anamnese / bisheriger Verlauf		
	Bisherige Diagnostik		
	Bisherige Therapie		
Fragestellung			
Unterschrift des anmeldenden Arztes:			

Erstellt:	Peters, Sebastian - 12.10.2021 08:10:46	12.10.2021	ID: 5881
Inhaltlich geprüft:	Nordt, Claudia - 21.10.2021 14:52:04	21.10.2021	Revision: 006/10.2021
Formal geprüft:	Peters, Tina - 27.10.2021 09:58:08	27.10.2021	Wiedervorlage: 27.10.2023
Freigegeben:	Kersting, Stephan - 27.10.2021 11:16:27	27.10.2021	Seite 2 von 2