

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte melden Sie Ihren*Ihre Patient*in zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz / zur Zweitmeinung mit diesem Formular 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 von dem*der Patient*in 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 z. H. Sebastian Peters Sauerbruchstraße 17475 Greifswald		Fax: 03834- 86-796118 Mail: oz-umg@med.uni-greifswald.de Tel: 03834- 86-6118 Tel: 03834- 86-6078	
Vorstellung (Anmeldefrist)	<input type="radio"/> Brustzentrum (Freitag bis 12:00 Uhr)	<input type="radio"/> Gynäkologie (Freitag bis 12:00 Uhr)	<input type="radio"/> Hauttumorzentrum (Montag bis 17:00 Uhr)
	<input type="radio"/> Viszeral-Onkologisch (Dienstag bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> Neuro-Onkologie (Mittwoch bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> Lymphome, Leukämien (Freitag bis 17:00 Uhr)
	<input type="radio"/> Prostata & Urologie (Freitag bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> Lungenkrebs (Dienstag bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> Sarkome (Freitag bis 17:00 Uhr)
	<input type="radio"/> Kopf-Hals (Montag bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> Kinderonkologie (Mittwoch bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> Magenkrebs (Dienstag bis 17:00 Uhr)
	<input type="radio"/> sonstiges:		
Anmeldender Arzt (Titel Vorname Name):			
Einrichtung / Anschrift:			
Emailadresse:			
Telefon/ Fax:			

Erstellt:	Peters, Sebastian - 21.11.2024	21.11.2024	ID: 5881
Inhaltlich geprüft:	Nordt, Claudia - 21.11.2024	21.11.2024	Revision: 009/12.2024
Formal geprüft:	Ruback, Alexander - 22.11.2024	22.11.2024	Wiedervorlage: 06.12.2026
Freigegeben:	Kersting, Stephan - 06.12.2024	06.12.2024	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 - 21.11.2024	21.11.2024	ID: 5881
Inhaltlich geprüft:	Nordt, Claudia - 21.11.2024	21.11.2024	Revision: 009/12.2024
Formal geprüft:	Ruback, Alexander - 22.11.2024	22.11.2024	Wiedervorlage: 06.12.2026
Freigegeben:	Kersting, Stephan - 06.12.2024	06.12.2024	Seite 2 von 2