

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte melden Sie Ihren Patienten zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz mit diesem Formular oder formlos unter Angabe der nachfolgenden Daten an. Stellen Sie uns bitte die vorliegenden Befunde und Arztberichte sowie Bildaufnahmen zur Erkrankung zur Verfügung. 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)

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

Erstellt:	Peters, Sebastian - 16.11.2020 12:20:35	16.11.2020	ID: 5881
Inhaltlich geprüft:	Nordt, Claudia - 16.11.2020 12:56:05	16.11.2020	Revision: 004/11.2020
Formal geprüft:	Ruback, Alexander - 17.11.2020 08:30:35	17.11.2020	Wiedervorlage: 17.11.2022
Freigegeben:	Kersting, Stephan - 17.11.2020 08:53:06	17.11.2020	Seite 1 von 2

<b>Patientenangaben</b>	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		
<b>Fragestellung</b>			
Unterschrift des anmeldenden Arztes:			

Erstellt:	Peters, Sebastian - 16.11.2020 12:20:35	16.11.2020	ID: 5881
Inhaltlich geprüft:	Nordt, Claudia - 16.11.2020 12:56:05	16.11.2020	Revision: 004/11.2020
Formal geprüft:	Ruback, Alexander - 17.11.2020 08:30:35	17.11.2020	Wiedervorlage: 17.11.2022
Freigegeben:	Kersting, Stephan - 17.11.2020 08:53:06	17.11.2020	Seite 2 von 2