

## Anmeldeformular - Interdisziplinäre Tumorkonferenz

Zur Anmeldung einer Patientin/eines Patienten zur Tumorkonferenz bzw. zum Molekularen Tumorboard füllen Sie das Dokument bitte aus und faxen Sie es an die **0511-532-161063**. Zur Bearbeitung am PC laden Sie das Dokument bitte herunter. Bitte beachten Sie die Hinweise am Ende des Dokumentes. Mit der Anmeldung akzeptieren Sie unsere Datenschutzhinweise, die unter <https://www.mhh.de/ccc-hannover-claudia-von-schilling-zentrum/fuer-aerzte/tumorkonferenzen> abrufbar sind. Dieses Formular dient **nicht der Anmeldung zum Molekularen Tumorboard (MTB)**.

<b>anmeldende/ anmeldender Ärzt_in</b>	Titel / Vorname / Name	
	Einrichtung	
	Telefon / E-Mail / Fax <sup>1</sup>	
<b>behandelnde/ behandelnder Ärzt_in<sup>2</sup></b>	Titel / Vorname / Name	
	Einrichtung	
	Telefon / E-Mail / Fax	
<b>Angaben Patient_in</b>	Titel / Vorname / Name	
	Geburtsname	
	Geb.-Datum	
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
	Anschrift	
<b>Diagnose</b> <i>Bitte mit Zeitangabe MM/YY</i>	<input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Rezidiv	
<b>Lokalisation &amp; Ausbreitung</b>		
<b>Histologie Befunddatum</b>		
<b>TNM/UICC (primär/aktuell)</b>		
<b>Komorbiditäten/ Nebendiagnosen</b>		

<sup>1</sup> Tumorkonferenzempfehlung wird an diese Faxnummer versendet

<sup>2</sup> sofern abweichend vom anmeldende/r Ärzt\_in

<b>Informationen zum Verlauf / Epikrise</b>  <i>Bitte mit Zeitangabe MM/YY</i>	
<b>Bisherige Therapien und Therapieansprechen</b>  <i>Bitte mit Zeitangabe MM/YY</i>	
<b>ECOG Perf. Status</b>	
<b>Fragestellung an die Konferenz</b>	
<b>Tumorkonferenz / Wunschdatum</b>	

<p><b>Hinweise:</b> Zusätzlich für die Anmeldung zu einer <b>Tumorkonferenz</b> sind folgende Unterlagen (bis 12:00 Uhr am Vortag der Konferenz) einzureichen:</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Überweisung,</b> <input type="checkbox"/> <b>Befunde,</b> <input type="checkbox"/> <b>Arztbriefe</b></p> <p><b>Bildaufnahmen</b> werden übermittelt per  <input type="checkbox"/> Post (CD/DVD) <input type="checkbox"/> <a href="#">Westdt. Teleradiologieverbund</a> (VISAGE) <input type="checkbox"/> MHH-Upload Portal<sup>3</sup></p> <p><b>Fax:</b> 0511-532-161063, <b>Adresse:</b> MHH CCC Hannover OE 8852, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover.          Sie erreichen uns für Rückfragen per <b>Telefon</b> unter 0511 532 3468 oder per <b>E-Mail</b> unter <a href="mailto:onkologisches.zentrum@mh-hannover.de">onkologisches.zentrum@mh-hannover.de</a></p>	
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift anmeldende/anmeldender Ärzt_in / Stempel</b>

<sup>3</sup> Kostenlose digitale Bildübertragung für Zuweiser\_innen. Bitte fordern Sie bei uns den Link zum Upload per E-Mail an.