

Molekulares Tumorboard - Anmeldeformular

Zur Anmeldung einer Patientin/eines Patienten zum Molekularen Tumorboard laden Sie das Dokument herunter, füllen es am PC aus und faxen es an die **0511-532-161170**. Mit der Anmeldung akzeptieren Sie unsere Datenschutzhinweise, die unter <https://www.mhh.de/ccc-hannover-claudia-von-schilling-zentrum/fuer-aerzte/molekulares-tumorboard> abrufbar sind.

Sie können sich virtuell über VITU zur molekularen Tumorkonferenz zuschalten, um den Patienten vorzustellen. Dafür setzen Sie sich bitte direkt mit uns in Verbindung.

anmeldende/ anmeldender Ärzt_in	Titel / Vorname / Name	
	Einrichtung	
	Telefon (erforderlich für Rückfragen)	
	Fax/ Email	
behandelnde/ behandelnder Ärzt_in¹	Titel / Vorname / Name	
	Einrichtung	
	Telefon (erforderlich für Rückfragen)	
	E-Mail / Fax	
Angaben Patient_in	Titel / Vorname / Name	
	Geb.-Datum	
	Anschrift	
	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
	Krankenkasse	
	Versicherungsstatus	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
	Versichertennummer	
Diagnose <i>Bitte mit Zeitangabe MM/YY</i>	<input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Rezidiv	
Relevante Ergebnisse der molekularen Diagnostik		
ECOG <i>bitte mit Zeitangabe DD/MM/YY</i>		

¹ sofern abweichend vom anmeldende/r Ärzt_in

Anmeldegrund MTB	<input type="checkbox"/> Fehlen einer (weiteren) leitliniengerechten Behandlungsoption <input type="checkbox"/> seltene Tumorerkrankung, für die keine dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Therapieoption besteht
Informationen zum Verlauf / Epikrise / Bisherige Therapien und Therapieansprechen <i>Bitte mit Zeitangabe MM/YY</i>	
Fragestellung an die Konferenz	
Empfehlung aus Organ-Tumorkonferenz liegt vor	<input type="checkbox"/> ja Datum: <input type="checkbox"/> nein
Bilddemonstration durch Radiologen gewünscht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<p>Zusätzlich zum Anmeldeformular sind folgende Unterlagen angehängt:</p> <input type="checkbox"/> molekularpathologischer Befund (erforderlich) <input type="checkbox"/> aktueller Arztbrief <input type="checkbox"/> Bildaufnahmen zur Erkrankung werden per Post übermittelt (optional) <p>Weitere Informationen finden Sie hier: Informationen zum MTB</p> <p>Adresse: Molekulares Tumorboard, MHH CCC Hannover OE 8850, Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover.</p> <p>Email: mtb-ccc@mh-hannover.de, Fax: 0511-532- 161170 Telefon: 0511-532 19341</p>	
Datum	Unterschrift anmeldende/anmeldender Ärzt_in / Stempel