

Anmeldung Tumorkonferenz/Darmsprechstunde: Tel.: 06021 32-4505
Fax: 06021 32-4575

Tumorkonferenz-/Tumorsprechstundenanmeldung

Patientendaten:

Name:
Geb.-Datum:
Adresse:
Telefon:
Versicherung:
Privatversichert: nein ja nur stationär

Anmeldende(r) Arzt / Praxis: (Stempel)

Tel.-Nr.:
Fax-Nr.:
Rückruf an:

Diagnose / Fragestellung:

Bitte alle relevanten Befunde schnellstmöglich an uns übermitteln!

(z. B. CT/MRT Untersuchungen auf CD/QR-Code, Laboruntersuchungen, bundeseinheitlicher Medikamentenplan, etc.)

Karzinome

Magen V.a. gesichert
Pankreas V.a. gesichert
Colon V.a. gesichert
Rektum V.a. gesichert

Untersuchungen

CT vorhanden
MRT vorhanden
Endoskopie vorhanden

Pflegegrad: kein Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5 → Barthel Index & erweiterten Barthel Index beifügen
→ keine Erhebung notwendig

Gesetzliche Betreuung: nein ja

Herzschrittmacher/Defi: nein ja

Größe _____ **Gewicht** _____ **BMI** _____

Wir wünschen einen Termin in einer Sprechstunde, explizit erst einmal keine Anmeldung in der Tumorkonferenz ja

Terminwunsch _____

Erreichbarkeit Mo-Fr von 8-12 Uhr
Mo-Do von 13-15 Uhr

Anmeldeschluss Tumorkonferenz immer mittwochs vormittags. Bitte achten Sie auf eine gute Leserlichkeit der von Ihnen übersandten Befunde im Sinne unserer gemeinsamen Patienten.