

# Uroonkologisches Zentrum Westerstede

Tumorboard-Anmeldung für externe Patienten

Bitte per Fax oder E-Mail an Christina Münk

F (0)4488 50 6069

christina.muenk@ammerland-klinik.de

Harnblase     Niere     Prostata

Tumorboard-Anmeldung für Mittwoch, den \_\_\_\_\_

Patient / in	Anmeldender Arzt
Name, Vorname	Name, Vorname
	Adresse
Geburtsdatum	Telefon
Geschlecht	Fax

Angaben zum Patienten	
Diagnose (Monat / Jahr)	
Freitextdiagnose	
Nebendiagnosen	
Histologie / Grading	
cTNM (klinisches Staging)	
pTNM (pathologisches Staging)	
Tumorstadium nach UICC	
Allgemeinzustand (ECOG)	

### Bisherige Diagnostik

	Datum	Befund	Demonstration erwünscht
CT			
MRT			
PET			
Röntgen			
PSA			
Andere			

### Therapieverlauf

	Datum	Bemerkungen
keine		
OP		
Chemotherapie		
Strahlentherapie		
Andere		

### Fragestellung

## Teilnahme am Tumorboard / Übermittlung der Patientendaten

Ich nehme am Tumorboard teil  ja  nein

**Es wird um eine Übermittlung der relevanten Befunde des Patienten bis zum Dienstag 10 Uhr an Christina Münk gebeten, damit der Patient in der Tumorkonferenz am folgenden Mittwoch berücksichtigt werden kann.**

### **Im Fall der Nicht-Teilnahme**

Ich bitte um Mitteilung des Tumorkonferenz-Beschlusses an \_\_\_\_\_  
über (Kontaktdaten) \_\_\_\_\_

Hiermit wird erklärt, dass der Patient über eine Datenübermittlung an die Ammerland-Klinik zur Durchführung der Tumorkonferenz unterrichtet wurde und hiermit vollumfänglich einverstanden ist (siehe beiliegende Einverständniserklärung).

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anfordernder Arzt

# Einwilligungserklärung

(Einwilligung gem. Art. 6 Abs. 1a, Art. 9 Abs. 2a u. h, Abs. 3, Art. 4 DS-GVO i.V.m. § 73 Abs. 1 b SGB V)

Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

*Name und Geburtsdatum der Patientin / des Patienten*

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

um dem Ihnen eine bestmögliche Versorgung anzubieten und auch zukünftig eine sichere und optimale Patientenversorgung gewährleisten zu können, bitten wir Sie folgende Einwilligung zu unterschreiben. Das führt zur Verbesserung der Diagnose und / oder Verlaufskontrolle den o.g. Patienten / Patientin in der **interdisziplinären Tumorkonferenz der Ammerland-Klinik GmbH Westerstede** unter der Leitung von Herrn Dr. M.-P. Ufen vor.

Die medizinisch notwendigen Begleitdaten (insbesondere Name, Alter, Geschlecht, Diagnose und Therapiebefunde etc.) werden durch die Klinik für Innere Medizin des Klinikum Leer bereitgestellt. Die Ergebnisse werden in der Tumorkonferenz besprochen um die weitere(n) Therapie(en) und bestmögliche Versorgung zu ermitteln.

Ich, der Patient / die Patientin, bin damit einverstanden, dass die o.g. Klinik oder das kooperierende Zentrum meine untersuchungsbezogenen und ggfs. medizinisch notwendigen Begleitdaten (insbesondere Name, Alter, Geschlecht, Diagnose, Therapiebefunde etc.) zum Zweck der Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz der Ammerland-Klinik GmbH Westerstede übermitteln darf.

Ich bin zudem darauf hingewiesen worden, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen und medizinisch notwendigen Begleitdaten auf freiwilliger Basis erfolgt, und ich mein Einverständnis verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ihrem Widerruf richten Sie bitte an das Klinikum Leer. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab Zeitpunkt, zu dem Sie diesen aussprechen. Er hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt sind rechtmäßig.

Ja, ich stimme zu

Nein, ich stimme nicht zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Patientin / des Patienten