



**Anmeldung Tumorkonferenz
für
externe Patienten
an
FAX 0212-547-6569**

Tumorkonferenz
Online per ZOOM bzw. Erdgeschoss Haus E, Besprechungsraum 3
Gewünschtes Datum der Tumorkonferenz: _____

Städtisches Klinikum Solingen
gemeinnützige GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität zu Köln

Krebszentrum Solingen
www.krebszentrum-solingen.de

Patient:

Name:
Vorname:
Geb.-Dat.:
Geschlecht:
Patient in Klinik bekannt JA NEIN

Leiterin
Dr. Viola Fox
Zentrum für Hämatologie und Onkologie
In der Medizinischen Klinik I

Gebäude: Haus E, Ebene 8
Telefon: 0212 - 547-0
Durchwahl: 0212 - 547-6570
Telefax: 0212 - 547-6569
E-Mail: fox.viola@klinikumsolingen.de
Sekretariat: Frau Preuss

Kontakt Daten anmeldender Arzt (für Rückfragen und zur Übermittlung des Tumorkonferenzbeschlusses)

Name, Vorname:
Adresse:
Tel.-Nr.:
Fax:

Anmeldung zur Tumorkonferenz Fachbereich:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Hämatonkologie |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Gastroenterologie |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Gynäkologie |
| <input type="checkbox"/> sonstige | <input type="checkbox"/> Senologie |

Angaben zur Tumorerkrankung	
Diagnose	
Tumorstadium inkl. Grading	
Histologie/Zytologie (ggf. wo)	
Aktuelle Befunde/ Staging/Tumormarker (ggf. im Anhang faxen)	

ECOG bzw. Karnofsky Index	
Familienanamnese	
Verlauf/ bisherige Therapie inkl. OP/ Bestrahlung	
Begleiterkrankungen/ relevante andere Voroperationen	
Bildmaterial (CT/MRT/konv.Rö) [relevantes Bildmaterial sollte bis zum Tag vor der Tumorkonferenz per PACS oder Post an uns übermittelt werden]	
Fragestellung	
An der Tumorkonferenz nehme ich persönlich teil	<input type="checkbox"/> JA (im Erdgeschoss Haus E, Besprechungsraum 3; dann rufen Sie bitte wegen der genauen Uhrzeit der Vorstellung am Vormittag im Sekretariat Prof. Pfaffenbach an) <input type="checkbox"/> NEIN

Erklärung:

Vor der Übermittlung der Patientendaten an das Städtische Klinikum Solingen gGmbH habe ich die Patientin/den Patienten über den Grund, den Umfang sowie die Notwendigkeit der Datenübermittlung aufgeklärt. Die Patientin/der Patient hat dem zugestimmt.

Ort, Datum, Unterschrift des anmeldenden Arztes// Praxisstempel