

Patientendaten (-aufkleber)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Konsilanforderung an das UniversitätsKrebszentrum (G-CCC)

Diese Anforderung unterschrieben bitte per Fax (0551 / 39-68023) an das G-CCC schicken!

Kontaktdaten (anfordernde/-r Klinik/Arzt)

Arzt:

Klinik:

Adresse:

Á^|^-}K

Beigelegte Befunde

Anzahl

Arztbriefe

Histologien

Bildgebung

Anzahl der Seiten

Hauptdiagnose:

Begleitdiagnosen: _____

Fragestellung:

Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patientendaten an das UniversitätsKrebszentrum im Rahmen der Konsilanforderung den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Behandlung aufgeklärt habe. Der Patient hat dem in vollem Umfang zugestimmt.

Datum, Unterschrift des anmeldenden Arztes