

# Anforderung Tumorboard-Beschluss (externe weiterbehandelnde Kliniken/Arztpraxen)

**Bitte per Fax an 0551 – 39 68023**

- Bitte füllen Sie dieses Formular möglichst vollständig aus und unterschreiben die u. a. Erklärung zur Datenübermittlung.

| Anforderung des TB Beschlusses  |                   | Entität                                | Datum des Beschlusses |
|---|-------------------|--|-----------------------|
| <b>Patient (ggf. Patientenaufkleber verwenden)</b>  |                   |  |                       |
| <b>Patientennummer</b>  |                   |  | <b>Aufkleber</b>      |
| <b>Vorname</b>  | <b>Name</b>       |  |                       |
| <b>Geburtsdatum</b>   | <b>Geschlecht</b> | weiblich                      männlich |                       |
| <b>Absender (Name/Adresse)</b>  |                   |  |                       |
| <b>Tel.-Nr.</b>   | <b>Fax-Nr.</b>    |  |                       |
| <b>Erklärung:</b>   |                   |  |                       |
| <p>Ich erkläre, dass ich vor der Übermittlung von Patientendaten vom UniversitätsKrebszentrum G-CCC im Rahmen der Anforderung von Tumorboard Beschlüssen, den Patienten über die Notwendigkeit der Datenübermittlung und deren Umfang im Rahmen der Behandlung aufgeklärt habe. Der Patient ist über die Weiterverarbeitung und Speicherung seiner Daten vom G-CCC informiert. Der Patient hat dem vollumfänglich zugestimmt.</p> |                   |  |                       |
| <p>-----<br/>Datum, Unterschrift des anfordernden Arztes</p>  |                   |  |                       |