

Anmeldeformular Zelltherapie Hämatologie/Onkologie

Ausgefülltes Formular bitte an kmt.sekretariat@uks.eu senden

Anmeldende(r) Arzt/Ärztin (Name, Telefonnummer, ggf. Email)	
Patientenname, Geb.- Datum, Adresse, Versicherung (wenn vorhanden, Patientenaufkleber)	
Datum der Vorstellung	
Diagnose	
Histologie (ggf. mit Nummer, Pathologisches Institut)	
Verlauf (ED, Ausbreitung, TNM/UICC, Bisherige relevante Befunde, bisherige Therapie, Therapieergebnisse) ggf. Anlage (z.B. Arztbrief)	
Fragestellung	
Erforderliche bildgebende Befunde (CD`s, DVD`s sind bis spätestens freitags 12:00 Uhr zu übermitteln)	

Hiermit versichere ich, dass der/die Patient/in separat über seine/ihre Vorstellung in der Zelltherapiekonferenz am UKS, insbesondere über die Verarbeitung seiner/ihrer Daten, aufgeklärt wurde und eingewilligt hat. Er/sie wurde über die Freiwilligkeit der Einwilligung sowie über die Möglichkeit des nachteils-freien jederzeitigen Widerrufs hingewiesen.

Datum _____

Unterschrift/ Stempel: _____