UNIVERSITÄTSKLINIKUM MAGDEBURG A.ö.R.

OTTO VON GUERICKE UNIVERSITÄT MAGDEBURG

MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Universitätsklinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie (Prof. Dr.med. Ch. Bruns)
Universitätsklinik für Hämatologie und Onkologie (Prof. Dr. med. Th. Fischer)
Universitätsklinik für Strahlentherapie (Prof. Dr. med. G. Gademann)
Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin (Prof. Dr. med. J. Ricke)
Institut für Pathologie (Prof. Dr. med. A. Roessner)

TUMORZENTRUM
MAGDEBURG/SACHSEN-ANHALT E.V.

An:
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Tumorzentrum
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg
Telefon: (0391) 67 15 955 Fax: (0391) 67 15 931

FALLANMELDUNG

Zur Tumorkonferenz am ..... möchten wir unsere(n) Patientin/Patienten

.....
Name Vorname Geburtsdatum Geschlecht (m/w)

mit der Diagnose (bitte mit ICD 10)

.....ICD 10: .....vorstellen.

Anamnese:

Diagnostik (bisher):

Therapie (bisher):

Histologische Sicherung als

.....

vom: ..... durch: .....
Datum Path. Praxis/Institut

Mit der Vorstellung verbinden wir folgende Fragestellung:

Hiermit wird erklärt, dass die Einwilligungserklärung des Patienten, dass seine Kasuistik auf einer Tumorkonferenz am Universitätsklinikum Magdeburg diskutiert wird, vorliegt.

.....
(Datum/Stempel/Dienstanschrift, Telefon und Unterschrift anmeldender Arzt)

Diese Fallvorstellung erfolgt durch

Frau/Herrn ..... aus unserer Einrichtung.