



**Anmeldung**  
Molekulares Tumorboard (MTB)

**Fax:** 0761 270-9677722  
**Anschrift:** Tumorboardzentrale  
Tumorzentrum Freiburg - CCCF  
Hugstetter Str. 49  
79106 Freiburg

Department Innere Medizin  
Klinik für Innere Medizin I  
Klinik für Tumorbioogie

**Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und  
Stammzelltransplantation**

Ärztlicher Direktor:  
Prof. Dr. Justus Duyster  
  
Leitender Oberarzt:  
Prof. Dr. Jürgen Finke

**Leitung MTB**  
PD Dr. Lena Illert (Med. Klinik I)  
Dr. Cornelius Miething (Med. Klinik I)  
Prof. Dr. Silke Lassmann (Pathologie)  
Prof. Dr. Dr. Melanie Börries (IBSM)

Leiter Standort  
Klinik für Tumorbioogie  
Prof. Dr. Hartmut Bertz

**Koordination MTB:**  
Dr. Julius Wehrle (klinischer Koordinator)  
Dr. rer. nat. Anita Kleiber (admin. Koordinatorin)

**Patientendaten**

Patientenname:

Geburtsdatum:       Telefonnr.:

Adresse:

Krankenkasse + VSNR:

**Zuweiser/ Behandelnder Arzt**

Klinik (Abteilung)/  
Praxis:

Ansprechpartner:

Telefon-/Faxnr.:

Email-Adresse:

**Anforderung MTB**

Diagnose:

Fragestellung:

Karnowsky Index:

Ausschöpfung der Leitlinientherapien:  ja     nein

Begründung, wenn nein:

**Dokumente, die der Anmeldung beizufügen sind (obligatorisch)**

Arztbrief (inkl. Stagingbefund und Organboardbeschluss)

Befund Pathologie/Molekularpathologie

Formular Anfrage von Tumorboardbeschlüssen

Formular Anforderungsschein Zusendung von externem Untersuchungsgut

**MTB-Vorstellungen sind nur bei vollständiger Anmeldung möglich.**

Evtl. Rückfragen richten Sie gerne an A. Kleiber (Anita.Kleiber@uniklinik-freiburg.de, 0761-27032233).

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arztes/ der Ärztin)

\_\_\_\_\_  
(Anforderungsdatum)

Absender / Praxisstempel



**Tumorzentrum Freiburg - CCCF**  
Hugstetter Straße 49  
79106 Freiburg

**Klinischer Direktor (operative Fächer)**  
Prof. Dr. Stefan Fichtner-Feigl  
**Klinischer Direktor (konservative Fächer)**  
Prof. Dr. Justus Duyster  
**Wissenschaftlicher Direktor**  
Prof. Dr. Christoph Peters

per Fax an: 0761 270-967722

**Tumorboardzentrale**

Telefon: 0761 270-77722  
Telefax: 0761 270-967722  
tumorboardzentrale@  
uniklinik-freiburg.de

## Anfrage von Tumorboardbeschlüssen

durch behandelnde/n Ärztin/Arzt

**Patientendaten** (\* Pflichtangaben)

Name\*: \_\_\_\_\_ Vorname\*: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort\*: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\*: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_ PIZ: \_\_\_\_\_

**Vorstellung im Tumorboard**

Die Vorstellung erfolgte im Tumorboard \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_

Telefonnummer für Rückfragen: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die aufgeführten Behandlungsunterlagen an die folgende Faxnummer. Wir stellen sicher, dass auf das Faxgerät nur berechnigte und im Datenschutz unterwiesene Personen zugreifen können:

Telefax: \_\_\_\_\_

**Der o. g. Patient ist gegenwärtig bei uns in Behandlung und hat dieser Anforderung nach seinem Tumorboardbeschluss zugestimmt.**

\_\_\_\_\_  
Name anfordernde/r Ärztin/Arzt in Druckbuchstaben

\_\_\_\_\_  
Unterschrift anfordernde/r Ärztin/Arzt

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in, wenn abweichend

**Entbindung von der Schweigepflicht (Wird von der Patientin / dem Patienten ausgefüllt!)**

**Hiermit entbinde ich das Universitätsklinikum Freiburg von seiner Schweigepflicht.  
Ich bin mit der Übersendung des Tumorboardbeschlusses an o. g. Ärztin/Arzt einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
Datum

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in

Ich handle als Vertreter/in  
mit Vertretungsmacht /  
gesetzl. Vertreter/in /  
Betreuer/in

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertreter/in



60156424 ForManFR / 23.07.2019

Patientendaten

Klinik / Station / Praxis


**UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM** FREIBURG

**Institut für Klinische Pathologie**

 Ärztlicher Direktor:  
 Prof. Dr. M. Werner  
 Telefon: 0761 270-80060

## Anforderungsschein Zusendung von externem Untersuchungsgut

Hiermit wird das Institut für Klinische Pathologie berechtigt, unten aufgeführtes Untersuchungsgut des Patienten / der Patientin anzufordern

### Patientendaten (falls kein Patientenaufkleber verfügbar)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

### Folgendes Untersuchungsgut wird angefordert

Externe Journalnummer/Jahr: \_\_\_\_\_

Adresse des externen Instituts oder der externen Praxis für Pathologie: \_\_\_\_\_

### Die Anforderung erfolgt aus folgenden Gründen<sup>1</sup>

### Im Auftrag von

Name anfordernde/r Ärztin/Arzt (inkl. Stempel): \_\_\_\_\_

Telefon/Piepsnummer: \_\_\_\_\_

Datum

✕

Unterschrift Patient/in

 Ich handle als Vertreter/in<sup>2</sup>  
 mit Vertretungsmacht /  
 gesetzl. Vertreter/in /  
 Betreuer/in /  
 Sorgeberechtigte/r

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

✕

Unterschrift Vertreter/in

Journal-Nr.: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> [Bsp.:] Bitte um referenzpathologische Begutachtung; Durchführung molekularpathologischer Analysen; Vorstellung im molekularen Tumorboard; etc.

<sup>2</sup> Entsprechende Vollmacht mit Verweis auf **ausweisbare Vertretung muss** vorliegen.

