

Anmeldung
Molekulares Tumorboard (MTB)

Fax: 0761 270-9677722

Department Innere Medizin
Klinik für Innere Medizin I
Klinik für Tumoriologie

**Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und
Stammzelltransplantation**

Ärztlicher Direktor:
Prof. Dr. Justus Duyster

Leitender Oberarzt:
Prof. Dr. Jürgen Finke

Leiter Standort
Klinik für Tumoriologie
Prof. Dr. Hartmut Bertz

Leitung MTB
Dr. Cornelius Miethling (Med. Klinik I)
PD Dr. Lena Illert (Med. Klinik I)
PD Dr. Christine Dierks (Med. Klinik I)
Prof. Dr. Silke Lassmann (Pathologie)
Prof. Dr. Dr. Melanie Börries (Bioinf.)

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

MTB-Vorstellungen sind nur bei vollständiger Anmeldung möglich.

Patientendaten

Name/Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Krankenkasse/Versnr.:

Zuweiser/ Behandelnder Arzt

Klinik (Abteilung)/
Praxis:

Ansprechpartner:

Telefon-/Faxnr.:

Email-Adresse:

Anforderung MTB

Überweisungsgrund/
Diagnose:

Fragestellung:

(Bitte beifügen!)

- Arztbrief (inkl. Stagingbefund und Organboardbeschluss, falls vorhanden)
- Befund Pathologie/Molekularpathologie
- Formular Gewebeanforderung
- Formular Anfrage von Tumorboardbeschlüssen

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

(Unterschrift des Arztes/ der Ärztin)

(Anforderungsdatum)

Anforderung von Gewebeproben

_____, geb. am _____, wohnhaft in _____

Hiermit berechtige ich die Pathologie der Uniklinik Freiburg von der Pathologie des _____ Gewebeproben von mir anzufordern und im Rahmen der Vorstellung im Molekularen Tumorboard daran Untersuchungen durchzuführen.

Datum: _____

(Unterschrift Patient/in)

Absender / Praxisstempel



Tumorzentrum Freiburg - CCCF
Hugstetter Straße 49
79106 Freiburg

per Fax an: 0761 270-9677722

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

Tumorboardzentrale

Telefon: 0761 270-77722
Telefax: 0761 270-9677722
tumorboardzentrale@
uniklinik-freiburg.de

Anfrage von Tumorboardbeschlüssen durch behandelnde/n Ärztin/Arzt

Patientendaten (* Pflichtangaben)

Name*: _____

Vorname*: _____

PLZ, Ort*: _____

Geburtsdatum*: _____

Straße: _____

PLZ: _____

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 berechtigte 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.

Barcode
Formular-Nr. / Datum
60156424 / 23.07.2019

Datum _____



Unterschrift Patient/in

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

Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)



Unterschrift Vertreter/in