

Interdisziplinäre Sarkomkonferenz Anmelde- und Konsilbogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir Sie zu Ihrem Anliegen ausführlich medizinisch beraten können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Bogen, falls möglich, gemeinsam mit Ihrem niedergelassenen Arzt/Ihrer niedergelassenen Ärztin, auszufüllen und uns bei Behandlungs- und Konsilanfragen vorab zukommen zu lassen.

Die von uns erteilte medizinische Auskunft basiert ausschließlich auf den von Ihnen zur Verfügung gestellten Sachverhaltsangaben. Bitte achten Sie daher sorgfältig auf die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben. Alle Entscheidungen zu den weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritten verbleiben weiterhin in der Verantwortung Ihrer betreuenden Ärztinnen und Ärzte. Das ausgefüllte Formular senden Sie bitte an die unten genannte Adresse der Geschäftsstelle des Stuttgart Cancer Center (SCC) – Tumorzentrum Eva Mayr-Stihl.

Bitte beachten Sie: AOK-Versicherte (ab 18 Jahren) wenden sich für eine Zweitmeinungsanfrage bitte zuerst an ihre Krankenkasse. Die AOK unterstützt Sie bei der Sammlung der notwendigen Unterlagen und nimmt dann direkt Kontakt mit uns auf.

Mit freundlichen Grüßen aus Stuttgart

*Ihr Team des
Südwestdeutschen Sarkomzentrums für Kinder, Jugendliche und Erwachsene (STARK)
am Stuttgart Cancer Center*

Patienten-/Patientinnen- Anmeldung	Nachname	
	Vorname	
	Geburtsdatum	
	Postadresse	
	Krankenkasse	
Ihre Kontaktdaten		
Ansprechpartner/-in (Name)		
Postadresse des anfragenden Zentrums/der anfragenden Arztpraxis		
Tel.-Nr.		

Fax-Nr.	

Anamnese	
Biopsie-Datum des Tumors	
Primärtumorlokalisation (inkl. Seitenangabe)	
Histologie/Diagnose	
Relevante Vor- und Nebendiagnosen mit Diagnosedatum	
Primärmetastasen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> V.a.
Art der Primärmetastasen	<input type="checkbox"/> Pulm. <input type="checkbox"/> Ossär <input type="checkbox"/> Andere

Primärtherapie	
Primärtumor-OP	<input type="checkbox"/> Ja, bereits erfolgt <input type="checkbox"/> Noch nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Nicht möglich, wg. Inoperabilität
Primärtumor-OP Datum und Art der Resektion	
Datum Primärmetastasen-OP (Bitte ALLE Resektionen, Thorakotomien etc. angeben)	
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche Lokalisation(en):
Systemische Therapie Verabreichte Anti-Tumor-Medikation (Handelsname, inkl. Protokoll, Anzahl verabr. Kurse, Start und Ende der Therapie); ggf. Angabe der Studie	

Aktuelles / Letztes Rezidiv	
Radiologisches Diagnosedatum	
Lokalisation	

Anzahl der Metastasen	
Operative Therapie (bitte alle OPs auflisten mit Datum)	
Verabreichte Anti-Tumor-Medikation (inkl. Anzahl der Kurse sowie Anfang- und Enddatum)	
Chirurgische Vollremission (falls erreicht)	

Ihre Anfrage

Exakte med. Fragestellung

Datenschutz

Mit dem Absenden des Kontaktformulars erklären Sie sich damit einverstanden, dass Ihre Daten zur Bearbeitung Ihres Anliegens verwendet werden. Die Daten werden nach abgeschlossener Arbeit im Rahmen des technisch möglichen archiviert. Bitte beachten Sie zudem [die Patienteninformation zum Datenschutz – Ambulanzen](#). Hinweis: Ihre Einwilligung können Sie jederzeit für die Zukunft per E-Mail an info@klinikum-stuttgart.de widerrufen

Datenübermittlungen zwischen überweisenden Fachärzten, Hausarzt, behandelnden Ärzten und Krankenhaus gem. Artikel 6

Abs. 1 lit. a, b, Artikel 9 Abs. 2 lit. a, h; Absatz 3, Absatz 4 DSGVO i.V.m. §73 Absatz 1b SGB V: Hiermit bin ich damit einverstanden, dass das Klinikum Stuttgart, einschließlich aller ermächtigten Ärzte, Vertragsärzte und Chefärzte, die mich betreffenden Behandlungsdaten, medizinischen Bilddokumentationen und Befunde an meinen Hausarzt/weiterbehandelnden/mitbehandelnden Arzt zum Zwecke der Dokumentation/Weiterbehandlung/Mitbehandlung übermitteln und von meinem Hausarzt und von Vorbehandelnden/Mitbehandelnden, die mich betreffenden Behandlungsdaten, medizinischen Bilddokumentationen und Befunde, anfordern darf. Die Übermittlung der Behandlungsdaten, Befunde und medizinischen Bilddokumentationen dient dem Zweck der bestmöglichen Behandlung sowie der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation der Behandlungen bei meinem Haus- /weiterbehandelnden/mitbehandelnden Arzt. Zu diesem Zweck entbinde ich die Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.

Verarbeitung von Daten durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich aller ermächtigten Ärzte und Chefärzte, gem. Art. 6, 9, 17

DSGVO i.V.m. § 45 Landeskrankenhausgesetz BW: Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Daten, nach den Bestimmungen der derzeit gültigen DSGVO bzw. der einschlägigen Spezialgesetze, durch das Klinikum Stuttgart, einschließlich aller ermächtigten Ärzte, Vertragsärzte und Chefärzte, verarbeitet werden dürfen. Auf mein Verlangen sperrt das Klinikum im Rahmen der technischen Möglichkeiten die besonderen personenbezogenen Daten gem. Art. 17 Abs. 3 b und e, Art. 18 DSGVO. Diese Sperrung wird nur zur Abwendung von unmittelbarer Gefahr für mich, mit meiner Einwilligung, bei Geltendmachung von Rechtsansprüchen oder nach gesetzlichen Vorgaben aufgehoben, wobei ich von der Aufhebung unterrichtet werde. Nach Ablauf

von 30 Jahren seit Behandlungsende oder nach den zeitlichen Vorgaben der einschlägigen, spezialgesetzlichen Regelungen werden die Daten im Rahmen der technischen Möglichkeiten gelöscht.

Sarkomkonferenz-Beurteilung *Wird vom Sarkomboard ausgefüllt*

Vorliegende Bildgebung	
Radiologische Beurteilung am durch	
Chirurgische Beurteilung am durch	
Strahlentherapeutische Beurteilung am durch	
Onkologische Beurteilung am durch	
Zusammenfassende Empfehlung am durch	

Kontakt:

Geschäftsstelle des Stuttgart Cancer Center
– Tumorzentrum Eva Mayr-Stihl
Telefon: 0711 278 30404
Telefax: 0711 278 30405
E-Mail: scc-geschaeftsstelle@klinikum-stuttgart.de

Klinikum der Landeshauptstadt Stuttgart gKAöR
Geschäftsstelle Stuttgart Cancer Center (SCC) –
Tumorzentrum Eva Mayr-Stihl
Kriegsbergstraße 60
D - 70174 Stuttgart