



Südwestdeutsches Sarkomzentrum für Kinder, Jugendliche und Erwachsene Anmelde- und Konsilbogen zur interdisziplinären Sarkomkonferenz

Liebe Patientin, lieber Patient,

damit wir Ihnen zu Ihrem Anliegen eine ausführliche medizinische Beratung geben können, bitten wir Sie, den nachfolgenden Bogen, wenn möglich, gemeinsam mit Ihrem Arzt auszufüllen.

Unsere medizinische Auskunft stützt sich ausschließlich auf die von Ihnen übermittelten Fakten. Deshalb stellen Sie bitte sicher, dass Ihre Angaben vollständig und richtig sind. Ihre behandelnden Ärzte sind weiterhin für alle Entscheidungen zu den weiteren diagnostischen und therapeutischen Schritten verantwortlich.

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.

Bitte senden Sie das vollständig ausgefüllte Formular an die unten aufgeführte zuständige Anlaufstelle. Bitte beachten Sie dabei auch die Einwilligung zum Datenschutz auf der letzten Seite und bestätigen Sie diese durch Ankreuzen.

**Kontakt für Erwachsene ab 18 Jahren
Interdisziplinäre Tumorambulanz (ITA)
Ansprechpartner: Dr. Dennis Hahn
Terminvereinbarung: 0711 278-30456
E-Mail: scc-ita@klinikum-stuttgart.de
Fax: 0711 278-56551**

**Kontakt für Kinder und Jugendliche
unter 18 Jahren
Pädiatrisch Onkologisches Zentrum
Ansprechpartnerin: PD: Dr. Claudia
Blattmann
Telefon: 0711 278-7240 oder 0711 278-
72741
E-Mail: kinderonkologie.oh@klinikum-stuttgart.de**

Mit freundlichen Grüßen aus Stuttgart

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



Anmeldung Patient	
Nachname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Krankenkasse	
Adresse	
Ärztliche Kontaktdaten	
Ärztlicher Ansprechpartner ggf. Onkologischer Facharzt	
Adresse	
Tel.-Nr.	
Fax-Nr.	
Patientenanamnese	
Biopsie-Datum des Tumors	
Primärtumorlokalisation inkl. Seitenangabe	
Relevante Vor- & Nebendiagnosen mit Diagnosedatum	
Primärmetastasen	Ja Nein V.a.
Art der Primärmetastasen	Pulm. Ossär andere



Primärtherapie	
Primärtumor-OP	Bereits erfolgt nicht erfolgt Inoperabel
Primärtumor-OP Datum und Art der Resektion	
Strahlentherapie	Ja Nein Wenn ja, Angabe der Lokalisation:
Systemische Therapie, Verabreichte Anti-Tumor-Medikation (Handelsname inkl. Protokoll, Anzahl der verabreichten Kurse, Start & Ende der Therapie), ggf. Angabe der Studie	

Aktuelles / letztes Rezidiv	
Radiologisches Diagnosedatum	
Lokalisation	
Operative Therapien (alle OPs mit Datum)	



Aktuelles / letztes Rezidiv

Verabreichte Anti-Tumor-Medikation (inkl. Anzahl der Kurs, Start & End-Datum)

Chirurgische Vollremission (falls erreicht)

Ihr Anfrage

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 Vorbehandelten/Mitbehandelten, 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.