

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte melden Sie Ihren\*Ihre Patient\*in zur Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz / zur Zweitmeinung mit diesem Formular an.

**Stellen Sie uns bitte die vorliegenden Befunde (MRT, CT, Histologie etc. im Anhang) und Arztberichte sowie Bildaufnahmen zur Erkrankung zur Verfügung.** Bitte schreiben Sie leserlich oder in Druckschrift, die Druckqualität wird durch das Fax etwas vermindert. Darüber hinaus benötigen wir **zwingend** die von dem\*der Patient\*in unterzeichnete Einverständniserklärung. Die Form der Befundübermittlung liegt in der Verantwortung des übermittelnden Arztes. Wir stellen sicher, dass die unter u. g. Faxnummer eingehenden Daten vor Einsicht Dritter geschützt sind. Für die Übertragung der Daten können wir keine Haftung übernehmen.

Prof. Dr. med. S. Kersting  
(Leiter des Onkologischen Zentrums Vorpommern)

<b>Aktuelles Datum:</b>			
<b>Anmeldung unter:</b> Onkologisches Zentrum Vorpommern der UMG z. H. Sebastian Peters Sauerbruchstraße 17475 Greifswald		Fax: <b>03834- 86-796118</b> Mail: <a href="mailto:oz-umg@med.uni-greifswald.de">oz-umg@med.uni-greifswald.de</a> Tel: <b>03834- 86-6118</b> Tel: 03834- 86-6078	
<b>Vorstellung</b> (Anmeldefrist)	<input type="radio"/> <b>Brustzentrum</b> (Mittwoch bis 12:00 Uhr)	<input type="radio"/> <b>Gynäkologie</b> (Freitag bis 12:00 Uhr)	<input type="radio"/> <b>Hauttumorzentrum</b> (Montag bis 17:00 Uhr)
	<input type="radio"/> <b>Viszeral-Onkologisch</b> (Dienstag bis 16:00 Uhr)	<input type="radio"/> <b>Neuro-Onkologie</b> (Mittwoch bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> <b>Lymphome, Leukämien</b> (Freitag bis 17:00 Uhr)
	<input type="radio"/> <b>Prostata &amp; Urologie</b> (Dienstag bis 14:00 Uhr)	<input type="radio"/> <b>Lungenkrebs</b> (Dienstag bis 16:00 Uhr)	<input type="radio"/> <b>Sarkome</b> (Freitag bis 15:00 Uhr)
	<input type="radio"/> <b>Kopf-Hals</b> (Montag bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> <b>Kinderonkologie</b> (Mittwoch bis 17:00 Uhr)	<input type="radio"/> <b>Magenkrebs</b> (Dienstag bis 17:00 Uhr)
	<input type="radio"/> <b>sonstiges:</b>		
<b>Anmeldender Arzt</b> (Titel Vorname Name):			
Einrichtung / Anschrift:			
Emailadresse:			
Telefon/ Fax:			



<b>Patientenangaben</b>	Name, Vorname:
	Geb.-Datum:
	Geschlecht: <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich
	<input type="checkbox"/> Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Rezidiv
	Diagnose:
	Lokalisation:
	TNM:
	Histologie (Pathologie-Nr./ wann / wo):
	Relevante Nebendiagnosen:
	Anamnese / bisheriger Verlauf
	Bisherige Diagnostik
	Bisherige Therapie
<b>Fragestellung</b>	
Unterschrift des anmeldenden Arztes:	

Erstellt:	Peters, Sebastian - 12.03.2026	ID: 5881
Inhaltlich geprüft:	Nordt, Claudia - 12.03.2026	Version: 011/04.2026
Formal geprüft:	Ruback, Alexander - 17.03.2026	Gültig bis: 14.04.2028
Freigegeben:	Kersting, Stephan - 14.04.2026	Seite 2 von 2