

# Anmeldeformular Molekulares Tumorboard (MTB)

Auszufüllen durch den\*die zuweisende\*n Ärzt\*in

- Zusendung der Anmeldeunterlagen an die MTB Koordination:

E-Mail: mtb@med.uni-greifswald.de

Fax: 03834 – 86 22105

- Bitte senden Sie Überweisungen und Anmeldeunterlagen im Original an:

Institut für Molecular Genomics  
Universitätsmedizin Greifswald – KdöR –  
Walther-Rathenau-Straße 49a  
17489 Greifswald

Mit der Anmeldung akzeptieren Sie unsere Datenschutzhinweise  
(siehe Aushang Datenschutz)

Patient*innendaten					
Name, Vorname:					
Geb.datum:		Geschlecht:      m      w      d			
Straße, Hausnr.:		PLZ, Ort:			
Telefon:					
Krankenkasseninformationen					
Versicherungsstatus:		gesetzlich (GKV)		privat (PKV)	
				Selbstzahler*in	
Krankenkasse:		Versicherungsnummer:			
		versichert über:			
Angaben zur Diagnose					
Diagnose:					
Datum Erstdiagnose:		aktueller ECOG-Status:		0    1    2    3    4	
Angaben zum Therapieverlauf					
Progress unter leitliniengerechter Therapie:		ja		nein	
leitliniengerechte Therapien durchlaufen:		ja		nein    Begründung, wenn nein:	
derzeitige bzw. letzte Therapie:					
Wirkstoff(e):					
Datum Therapiebeginn:					
Datum Therapieende:					
Datum Progress:					
Grund für Therapieende:					

**Internes Dokument**

**Zuweisende Einrichtung (Krankenhaus, Praxis, Sonstige)**

Einrichtung:

ggf. Abteilung:

Anschrift:

Ansprechpartner\*in:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

**Erweiterte molekulare Diagnostik (Tumorsequenzierung)**

Befund einer erweiterten molekularen Diagnostik (nicht älter als 6 Monate):

liegt bereits vor

liegt noch nicht vor

Anforderung einer molekulargenetischen Untersuchung des Tumormaterials  
und anschließende MTB-Vorstellung gewünscht:

ja

**Information zum Probenmaterial**

Tumorgewebe ist verfügbar

liegt bereits vor

liegt noch nicht vor

Entnahmedatum (sofern Tumorgewebe vorhanden):

Standort Gewebe (Pathologie und Patho-Nr.):

**Dokumente, die der Anmeldung beizufügen sind**

(obligatorisch, Bitte spätestens 5 Arbeitstage vor dem Konferenztermin bis 12:00 Uhr übermitteln)

onkologischer Arztbrief mit vollständigem Therapieverlauf (nicht älter als 3 Monate)

Organboard-Beschluss

Pathologische Berichte zum Tumor (Diagnose- und Histologie-Angaben inkl. ICD-10-Code) plus ggf.  
pathologischer Bericht zur Tumorprobe, die zur Tumorgenomsequenzierung dient

Molekulare Vorbefunde, z. B. PD-L1, HER2, MSI, Fusionsgene (sofern vorhanden)

Patient\*innen Einwilligung MTB

**Einwilligungen**

**Datenweitergabe und Datenverarbeitung**

Der\*die Patient\*in wurde durch den\*die behandelnde\*n Arzt\*in über die Weitergabe ihrer\*seiner Gesundheitsdaten zur interdisziplinären Beratung im Molekularen Tumorboard und die damit verbundene Datenverarbeitung informiert (siehe Patienteninformation des Onkologischen Zentrums Vorpommern) und hat ihr\*sein Einverständnis hierzu erklärt.

**Anforderung von Probenmaterial**

Der\*die Patient\*in ist mit dem Versand ihrer\*seiner Gewebeprobe und Blutprobe an die Universitätsmedizin Greifswald zu diagnostischen Zwecken im Rahmen des MTB einverstanden.

**Übermittlung des MTB-Empfehlungsbriefes**

Der\*die Patient\*in ist mit der Übermittlung des MTB-Empfehlungsbriefes an den\*die anmeldende\*n Arzt\*in einverstanden.

**Anforderung von ärztlichen Unterlagen**

Die Universitätsmedizin Greifswald ist berechtigt, ärztliche Unterlagen (z. B. Arztbriefe, medizinische Befunde) im Rahmen der Verlaufsdokumentation des Molekularen Tumorboards anzufordern.

**Anmerkungen/Kommentare/ggf. Fragestellung an das MTB:**

**Anmelder\*in/Kooperationspartner\*in ist:**  
(bitte auswählen)

bei der Tumorkonferenz vor Ort anwesend

bei der Tumorkonferenz per TrueConf zugeschaltet bei  
der Tumorkonferenz nicht anwesend

Evtl. Rückfragen richten Sie gerne an die MTB-Koordination:

E-Mail: [mtb@med.uni-greifswald.de](mailto:mtb@med.uni-greifswald.de)

Telefon: 03834 – 86 22106

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient\*in, gesetzliche Vertretung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Ärzt\*in