

Anmeldung zur Zweitmeinung

Bitte füllen Sie das folgende Formular vollständig und lesbar aus und fügen Sie – falls vorhanden – relevante Unterlagen bei. Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

1. Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich ☐ divers ☐ k. A.

Anschrift

Telefon

E-Mail

Krankenversicherung

Versicherungsnummer

2. Erkrankung

Diagnose (ICD-10 + Freitext)

Datum der Erstdiagnose

Stadium (TNM/UICC, falls bekannt)

Bisherige Therapie (Operation, Chemo, Bestrahlung, Medikamente):

Aktuelle Beschwerden:

3. Fragestellung für die Zweitmeinung

Konkrete Fragen (z. B. soll eine OP erfolgen? Gibt es Alternativen?):

Erwartung an die Zweitmeinung:

☐ Bestätigung

☐ Alternativen

☐ Studienberatung

4. Vorliegende Befunde

Bitte markieren Sie, welche Unterlagen wir erhalten sollen:

☐ Arztberichte

☐ Bildgebung (CT/MRT/PET-CT)

☐ Pathologieberichte

☐ Laborbefunde

5. Anmeldende Person

Name & Einrichtung

Kontakt (Telefon, E-Mail)

6. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich mit der Weitergabe meiner Daten an das Onkologische Zentrum Mittelbaden zur Einholung einer Zweitmeinung einverstanden bin. Die Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck verwendet. Weitere Informationen rund um das Thema Datenschutz finden Sie unter <https://www.onkologisches-zentrum-mittelbaden.de/datenschutzerklaerung/>

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in / gesetzliche/r Vertreter:in