

Befundübermittlung

Damit wir Ihre Unterlagen schnell und korrekt bearbeiten können, bitten wir Sie, dieses Formular vollständig und gut lesbar auszufüllen.

1. Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

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

Adresse

Telefon/E-Mail

2. Angaben zur übermittelnden Praxis/ Klinik

Praxis/Klinik

Arzt/Ärztin/Ansprechpartner/-in

Adresse

Telefon/E-Mail

3. Zweck der Übermittlung

☐ Tumorkonferenz

☐ Zweitmeinung

☐ Sonstiges:

4. Übermittelte Unterlagen

Bitte markieren Sie, welche Unterlagen wir erhalten sollen:

☐ Arztberichte

☐ Bildgebung (Röntgen, CT, MRT)

☐ Pathologieberichte

☐ Laborwerte

☐ Sonstiges:

Wenn möglich, senden Sie die Unterlagen bitte als PDF oder DICOM-Dateien per verschlüsselter E-Mail. Alternativ können Sie Kopien per Post (Adresse siehe oben) schicken.

5. Einverständnis zur Datenverarbeitung

Ich erkläre mich einverstanden, dass das Onkologische Zentrum Mittelbaden die übermittelten medizinischen Unterlagen zur Bearbeitung meines Anliegens (z. B. Tumorkonferenz, Zweitmeinung, medizinische Beratung) speichert und verarbeitet. Ich wurde darüber informiert, dass die Daten vertraulich behandelt werden und nur an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte weitergegeben werden, soweit es für die Bearbeitung notwendig ist. Weitere Informationen rund um das Thema Datenschutz finden Sie unter <https://www.onkologisches-zentrum-mittelbaden.de/datenschutzerklaerung/>

Ort, Datum

Unterschrift Patient / gesetzlicher Vertreter