

Neurochirurgie

## Anmeldung Neuroendokrines Tumorboard

Daten Anmelder



Kontakt-e-mail für Teilnahme an Videokonferenz

Daten Hausarzt

Angaben des Patienten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Telefonnummer 1

Telefonnummer 2

E-Mail

Krankenversicherung

Unfallversicherung

**Diagnose**

Relevante Bildgebung

Relevante histologische Befunde

Relevante Laborbefunde

Fragestellung

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Übermittlung dieses Formulars nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich ist. Alternativ kann das Dokument passwortgeschützt, mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Personen oder auf dem Postweg versendet werden.

