

## Anfrage nach einer ärztlichen Zweitmeinung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das CCC München bietet Ihnen die Möglichkeit, an einem Krebszentrum des LMU Klinikums oder des Klinikums rechts der Isar, TUM, eine Zweitmeinung zu erhalten. Für die individuelle Abklärung einer optimalen Behandlungsmöglichkeit bitten wir Sie um Angabe von untenstehenden, persönlichen Informationen.

Bitte senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular mit den aktuellsten, ärztlichen Unterlagen an obenstehende Kontaktdaten. Für den elektronischen Versand stellen wir Ihnen gerne eine gesicherte Databox aus unserem Hause zur Verfügung. Bei postalischer Sendung bitte ausschließlich Kopien (keine Originalunterlagen, keine CDs) einreichen.

### Persönliche Angaben

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name / Vorname                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Geschlecht (m/w/d)                             |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Geburtsdatum                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Anschrift                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| E-Mail-Adresse und<br>Telefonnummer Patient:in |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Kontaktperson<br>Anschrift / Telefon / E-Mail  |                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Krankenversicherung                            | <input type="checkbox"/> <b>Gesetzlich</b><br>(Es können Kosten entstehen. Bitte informieren Sie sich vorab bei Ihrer Krankenkasse, ob die Kosten übernommen werden.)<br><br>Name der Krankenversicherung: _____<br><br><input type="checkbox"/> <b>Privat</b> |
| Körpergröße (cm)<br>Gewicht (kg)               |                                                                                                                                                                                                                                                                |

### Medizinische Angaben

|                                                      |  |
|------------------------------------------------------|--|
| Diagnose (laut akt. Arztbrief)<br>Datum der Diagnose |  |
|------------------------------------------------------|--|

|                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Ort der Diagnose                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Metastasierung (Wo?)                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Behandlungsverlauf<br>(Bitte zählen stichpunktartig die bisherigen Behandlungsmaßnahmen auf) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Vorbehandlung am Klinikum rechts der Isar oder am LMU Klinikum                               | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja und zwar: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Allgemeinzustand<br>(Bitte das aktuell zutreffende Kästchen ankreuzen)                       | <input type="checkbox"/> Normale körperliche Aktivität wie vor der Erkrankung<br><input type="checkbox"/> Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen möglich<br><input type="checkbox"/> Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% oder mehr der Wachzeit aufstehen<br><input type="checkbox"/> Selbstversorgung nur begrenzt möglich; 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden<br><input type="checkbox"/> Völlig pflegebedürftig, 100% an Bett oder Stuhl gebunden |
| <b>Wichtig!</b><br><b>Wie lautet Ihre aktuelle Frage?</b>                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

Ihre Anfrage wird an das für Ihre Erkrankung zuständige Krebszentrum weitergeleitet. Sie werden dann direkt von einer Expertin/einem Experten kontaktiert. Beachten Sie bitte, dass dies bis zu mehrere Wochen Zeit in Anspruch nehmen kann. Falls Sie gesetzlich versichert sind, benötigen Sie für die persönliche Vorstellung in der Klinik einen Überweisungsschein.

#### Einverständniserklärung

Hiermit willige ich – gemäß den Datenschutzbestimmungen des CCC München - in die vollumfängliche Zurverfügungstellung (Einholung, Verarbeitung und Weitergabe) meiner persönlichen Daten wie oben beschrieben zum Zwecke meiner Anfrage auf Zweitmeinung ein. Ich bin damit einverstanden, dass das CCC München meine Daten elektronisch an die betreffenden Krebszentren bzw. Ärzte des LMU Klinikums und Klinikums rechts der Isar, TUM datenschutzkonform übermittelt.

**Darüber hinaus bestätige ich, dass keine ähnliche Anfrage an einem weiteren CCC in Deutschland besteht.**

Datenschutzbestimmungen: [https://t1p.de/Datenschutz\\_LMU](https://t1p.de/Datenschutz_LMU); [https://t1p.de/Datenschutz\\_TUM](https://t1p.de/Datenschutz_TUM)

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient:in

## Anhang

Relevante ärztliche Unterlagen können u.a. sein:

- Aktueller Arztbrief
- Histologische Befundberichte (eigenständige Dokumente der Pathologie)
- Übersicht über ermittelte Tumormarker
- Aktuelle Blutwerte
- Aktueller CT-Befundbericht bzw. CT-Aufnahmen\*
- Molekularpathologie (eigenständiges Dokument der Pathologie)

\* Digitale Bildgebung bitte nicht über einen File Hosting-Anbieter zur Verfügung stellen, da wir auf diese aus Sicherheitsgründen keinen Zugriff haben. Wir stellen Ihnen gerne eine Databox aus unserem Hause zur Verfügung. Alternativ können Sie digitale Datenträger auch direkt zum persönlichen Termin mitbringen.