

**Angaben zum Patienten (ggf. Patientenaufkleber)**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Anmeldung für das interdisziplinäre Neurofibromatose-Board

### Anmelder/ Klinik

\_\_\_\_\_

### Angaben zum Patienten

\_\_\_\_\_

### Fragestellung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Erforderliche Disziplinen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Neurologie                | <input type="checkbox"/> Neuroradiologie                       |
| <input type="checkbox"/> Radiologie                | <input type="checkbox"/> Neuropathologie                       |
| <input type="checkbox"/> MKG/ Plastische Chirurgie | <input type="checkbox"/> Neurochirurgie/ Wirbelsäulenchirurgie |
| <input type="checkbox"/> HNO                       | <input type="checkbox"/> Sonstige: _____                       |

### Eingeschickte Bilder/ Befunde

- |                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MRT     | <input type="checkbox"/> Fotos               |
| <input type="checkbox"/> CT      | <input type="checkbox"/> Sonstiges:          |
| <input type="checkbox"/> PET-CT  | <input type="checkbox"/> Befunde:            |
| <input type="checkbox"/> Röntgen | <input type="checkbox"/> Hauptlokalisierung: |

### Bitte beachten

- Bitte geben Sie eine konkrete **Fragestellung** an
- Bitte fügen Sie möglichst alle **Originalbefunde** dem Bildmaterial bei
- Die **Bilder** sollten nach Möglichkeit **auf CD** (Originaldruck) eingeschickt werden, eine Versendung per QR-Code ist möglich; bitte nehmen Sie hierfür Kontakt zu [nfambulanz@uke.de](mailto:nfambulanz@uke.de) auf
- Das Board tagt wöchentlich freitags. Da nicht immer alle Fachabteilungen vertreten sind und das Board in Einzelfällen aus logistischen Gründen verschoben werden kann, variiert die Bearbeitungszeit.
- In dringenden Fällen wenden Sie sich direkt an [nfambulanz@uke.de](mailto:nfambulanz@uke.de)
- Bitte übersenden Sie zu jedem Patienten einen **gültigen Überweisungsschein**; bei Privatpatienten bitte Kontaktdaten angeben.
- Ein Brief mit dem Konsensbeschluss wird an den Überweiser, den Anmelder sowie den/ die Patienten /in geschickt




---

Ort/ Datum

Name/ Unterschrift/ Stempel des/ der betreuenden/in Arztes/ Ärztin

Der Patient/ die Patientin (bzw. bei Minderjährigen die Sorgeberechtigten/ bei gesetzlich Betreuten die gesetzliche Vertretung) ist über die Vorstellung des Falles sowie die Übersendung der Bilder und Befunde informiert und hat in die externe Beratung eingewilligt.