

Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe



Deutsches klinisches Kompetenzzentrum
für genitale Sarkome und Mischtumoren

Für eine Beratung durch das DKSM müssen nachfolgende Daten vorliegen:

- Name, Vorname, Geburtsdatum der Betroffenen
- Dieses Schriftstück
- Datenschutzerklärung mit Einwilligungserklärung
- aktuelle Operationsberichte (einschließlich Abrasio und Hysteroskopie)
- aktuelle histologische Befunde
- alle vorangegangenen (!) Operationsberichte und alle (!) auch Jahre zurückliegende histologischen Befunde, die sich auf das nachgefragte Krankheitsbild beziehen
- schriftliche Befunde der Bildgebung (wenn vorhanden)
- durchgeführte Chemo- bzw. Strahlentherapien (Schema, Zeitraum)
- epikritische Darstellung zum Verlauf bei Rezidiven und Metastasen
- wenn vorhanden, zur Prognoseeinschätzung weißes Differentialblutbild, LDH- und CA-125-Wert
- optional: sonographische Bilder als Scan oder im Original (Rücksendung innerhalb einer Woche)

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. M. Zygmunt
Telefon: +49 (0)3834 86-6500
Telefax: +49 (0)3834 86-6501
E-Mail: frauenklinik@med.uni-greifswald.de

Beratungsportal genitale Sarkome und Mischtumoren

Promotions- und Forschungsgruppe genitale Sarkome

Weiterbildung

<http://www2.medizin.uni-greifswald.de/gyn/index.php?id=661>

Univ.-Prof. Dr. med. G. Köhler
Telefon: 49 (0)3834 86-19553
Telefax: 49 (0)3834 86-6512
E-Mail: guenter.koehler@med.uni-greifswald.de

Eine bloße Nennung der durchgeführten Operationen bzw. der histologischen Diagnosen ist ohne Kopie des Originalbefundes wegen zahlreicher Fehlerquellen nicht ausreichend. Nur aus der Vollständigkeit aller Unterlagen ergeben sich die Grundlagen für eine adäquate Beratung. Zu Ihrer und zu unserer Sicherheit führen wir ohne komplette schriftliche Unterlagen keine telefonische Beratung durch.

Senden Sie uns bitte die erforderlichen Unterlagen zusammen mit diesem Anschreiben per FAX (03834-866512) oder per E-Mail an guenter.koehler@med.uni-greifswald.de zu. Wir faxen bzw. mailen Ihnen unsere Beratung/Zweitmeinung auf einem Formular des DKSM in der Regel innerhalb von einer Woche an die absendende Fax- bzw. Mailadresse zurück.

Das DKSM versteht sich als beratende und forschende Einrichtung. Wir möchten deshalb darauf aufmerksam machen, dass alle Daten zum Erkenntnisgewinn und zum Nutzen für weitere Patientinnen unter Wahrung des Datenschutzes in anonymisierter Form unter Einschluss potenzieller Nachsorgedaten wissenschaftlich aufgearbeitet werden.

Dementsprechend werden wir uns auch gelegentlich über den weiteren Krankheitsverlauf erkundigen, wobei wir auch für eine kurze spontane Rückmeldung immer dankbar sind. Lassen Sie bitte daher die angehängte Datenschutzerklärung durch die Patientin unterschreiben. Dies gilt auch für nachfragende Betroffene bzw. deren Angehörige.

Für die umfassende Beurteilung des Krankheitsbildes füllen Sie bitte die nachfolgende Tabelle aus, soweit entsprechende Daten vorliegen bzw. bekannt sind (zutreffendes bitte ankreuzen bzw. Wert eintragen). Alle Daten beziehen sich auf die Zeit unmittelbar vor (!) der Erstdiagnose bzw. Erstoperation.

Name, Vorname:			
Geb.-Datum:			
	ja	nein	unbekannt
Postmenopause			
Tamoxifenexposition			
Vorherige medikamentöse Therapie oder interventionelle Therapie eines Myoms			
Vorausgegangene Operation eines STUMP, zellreichen oder mitotisch aktiven Leiomyoms			
auffälliges (schnelles) Wachstum			
Blutung in der Postmenopause*			
Zusatzblutung Prämenopause*			
Dysmenorrhoe (nur, wenn in Prämenopause) *			
Hypermenorrhoe (nur, wenn in Prämenopause) *			
tumorbedingte Symptome ohne Blutungsstörungen bzw. ohne Dysmenorrhoe			
Ultraschallbefund auffällig			
Sonographisch solitärer Tumor			
Sonographischer Tumordurchmesser (cm)			
LDH	prä OP	nicht vorhanden	

* gilt nur für den aktuellem Menopausestatus

Wenn vorhanden, zur prognostischen Einschätzung: präoperative Thrombozytenzahl und weißes Differentialblutbild



Mit freundlichen Grüßen

Ihr

Prof. Dr. G. Köhler

Für die Nachverfolgung der Pat. ist es hilfreich, wenn Sie an dieser Stelle den Namen und die Adresse des einweisenden bzw. nachbehandelnden Gynäkologen oder Hausarztes einfügen

Name einweisender Gynäkologe oder Hausarzt

Adresse einweisender Gynäkologe oder Hausarzt

Die Datenschutzgrundverordnung hat sehr strenge Maßstäbe für die Datenverwendung im Gesundheitswesen angelegt.

Ohne Unterschrift der Patientin unter die nachfolgende Datenschutzerklärung sind Beratungen bzw. die Abgabe von Zweitmeinungen nicht möglich.

Datenschutzerklärung

Name, Vorname

Geburtsdatum

Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte von Ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Deutschen klinischen Kompetenzzentrum für genitale Sarkome und Mischtumoren der Universitätsmedizin Greifswald (DKSM - Adressat Prof. Dr. G. Köhler).

Damit wird erlaubt, dass anamnestische Daten, Operationsberichte, bildgebende, pathologisch-anatomische und Laborbefunde bzw. Funktionsuntersuchungen sowie Nachsorgedaten bzw. Daten zum weiteren Verlauf, die im Zusammenhang mit meiner Sarkomerkrankung stehen, übermittelt werden dürfen.

Ich stimme gleichzeitig der wissenschaftlichen Bearbeitung der übermittelten und dafür anonymisierten Daten durch das DKSM zu. Dazu gehört auch, dass das DKSM Nachsorgedaten bei der behandelnden Klinik bzw. den behandelnden niedergelassenen Ärzten zu einem späteren Zeitpunkt abfragen kann.

Ohne die o. g. Unterlagen ist eine adäquate Beratung bzw. Zweitmeinungsbildung nicht möglich. Die schnellste Bearbeitung ist per E-Mail möglich, FAX-Übermittlungen können zu einer Verzögerung von bis zu einer Woche führen. Die Verzögerung durch postalische Zusendung liegt zwischen einer und zwei Wochen. Die Rücksendung erfolgt auf dem gleichen Übermittlungsweg wie die Anfrage, wenn nicht eine andere Form gewünscht wird.

Ich stimme der Datenübermittlung per

- E-Mail _____
- Fax _____
- Post _____

zu.

Der Text ab dem zweiten Absatz gilt auch für eine persönliche Nachfrage

Diese Einwilligung kann jederzeit formlos widerrufen werden. Die bisher durchgeführte von dieser Einwilligung abgedeckte Datenweitergabe bleibt jedoch rechtmäßig.

Hiermit stimme ich der vorliegenden Datenschutzerklärung zu:

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Für mögliche Rückfragen ist es sinnvoll, dass die Patientinnen oder ihre Angehörigen hier Ihre Telefonnummer hinterlegen.

Telefonnummer Patientin oder Angehöriger