



Universität Regensburg

## Antrag auf einen Zugang zum Melderportal des Tumorzentrums Regensburg



**Tumorzentrum Regensburg**  
Institut für Qualitätssicherung  
und Versorgungsforschung  
Fakultät für Medizin  
Universität Regensburg

PD Dr. med.  
Monika Klinkhammer-Schalke  
Direktorin

Telefon +49 941 943-1803  
Telefax +49 941 943-1802  
Am Biopark 9  
93053 Regensburg

zentrum.tumor@ur.de  
www.tumorzentrum-regensburg.de

---

Name Ihrer Einrichtung

---

Namenszusatz

---

Abteilung

---

Art

---

Betriebsstättennummer

---

Straße und Hausnummer

---

PLZ und Ort

---

Telefon

---

Telefax

---

E-Mail





**Tumorzentrum Regensburg**  
Institut für Qualitätssicherung  
und Versorgungsforschung  
Fakultät für Medizin  
Universität Regensburg

PD Dr. med.  
Monika Klinkhammer-Schalke  
Direktorin

Telefon +49 941 943-1803  
Telefax +49 941 943-1802  
Am Biopark 9  
93053 Regensburg

zentrum.tumor@ur.de  
www.tumorzentrum-regensburg.de

\_\_\_\_\_  
Anrede, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Lebenslange Arztnummer

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

Ansprechpartner für Fragen zur Dokumentation

\_\_\_\_\_  
Anrede, Vorname, Nachname

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

Hiermit beantrage ich einen Zugang zum Melderportal des Tumorzentrums Regensburg. Bitte senden Sie mir alle erforderlichen Unterlagen und Passwörter zu.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel

