



**kk**r sachsen

KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN

**Klinisches Krebsregister ZWICKAU am  
Südwestsächsischen Tumorzentrum Zwickau e. V.**

Karl-Keil-Str. 35 · 08060 Zwickau

Telefon: 0375 - 56 99 0

Telefax: 0375 - 56 99 111

[www.krebsregister-sachsen.de](http://www.krebsregister-sachsen.de)

[www.tumorzentrum-zwickau.de](http://www.tumorzentrum-zwickau.de)

### **3. Qualitätskonferenz des Klinischen Krebsregisters Zwickau**

**am 7. Oktober 2020, 17.00 – 18.30 Uhr**

**HBK Zwickau, Karl-Keil-Str. 35, 08060 Zwickau, Hörsaal Haus 90**

Diese Einladung richtet sich an Ärzte und medizinische Dokumentare, die in den Kliniken und Praxen für die Tumormeldungen verantwortlich zeichnen. Wir hoffen auf eine rege Teilnahme und freuen uns auf Ihre interessierte Mitwirkung.

#### ***Programm:***

- 1. Stand der Umsetzung des Sächsischen Krebsregistergesetzes  
in der Region Südwestsachsen    Herr Dipl.-Ing. J. Wulff**
- 2. Meldequalität an das Klinische Krebsregister  
Herr Dipl.-Ing. J. Wulff**
- 3. Organspezifisches Modul Malignes Melanom  
Herr Dipl.-Ing. J. Wulff**
- 4. Auswertungen zum Malignen Melanom  
Herr Dr. med. Antonow, Hautklinik HBK Zwickau**
- 5. Fragerunde**

Die Anerkennung zum Fortbildungszertifikat der Sächs. Landesärztekammer, Kategorie C, wurde beantragt. Anmeldung bitte per beiliegendem Rückfax.

Bitte beachten Sie die gültigen Corona-Regelungen zum Mindestabstand und MNS.

Mit freundlichen Grüßen

  
**Dipl.-Ing. Jörg Wulff**

Leiter Klinisches Krebsregister Zwickau

---

#### **Trägereinrichtung**

Südwestsächsisches Tumorzentrum  
Zwickau e. V.  
Karl-Keil-Straße 35 · 08060 Zwickau

#### **Vorsitzender Dr. med. Reinhold Müller**

**Steuern.** 227/141/02447  
**Registergericht**  
Amtsgericht Chemnitz VR70553  
**IK-Nummer:** 677700024

#### **Bankverbindung**

Commerzbank Zwickau  
BIC COBADEFFXXX  
IBAN DE45 8704 0000 0255 0697 00

Fax an 0375 – 56 99 111

Mail tuz@tumorzentrum-zwickau.de

### **Anmeldung zur 3. Qualitätskonferenz KKR Zwickau 07.10.2020**

Titel Name .....

Klinik/Praxis .....

Ich/wir nehmen mit ..... Personen an der Veranstaltung teil.

Fragen/Anregungen:

.....  
.....  
.....

Themenvorschläge für zukünftige Qualitätskonferenzen:

.....  
.....

Datum

Unterschrift

Stempel

---

**Trägereinrichtung**  
Südwestsächsisches Tumorzentrum  
Zwickau e. V.  
Karl-Keil-Straße 35 · 08060 Zwickau

---

**Vorsitzender** Dr. med. Reinhold Müller  
**Steuernr.** 227/141/02447  
**Registergericht**  
Amtsgericht Chemnitz VR70553  
**IK-Nummer:** 677700024

---

**Bankverbindung**  
Commerzbank Zwickau  
BIC COBADEFFXXX  
IBAN DE45 8704 0000 0255 0697 00