

Anmeldung Onkologisches Zentrum (für Patienten mit Tumorleiden / Verdacht auf Tumorleiden)

Patient	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Adresse:	
Telefon:	
Krankenkasse:	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat

Diagnose				
Stadium				
Histologie	Datum:	Institut:		
Bisherige Therapie	<input type="checkbox"/> keine			
	Operation	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in:	Datum:	
	Systemtherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in:	Datum:	
	Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, in:	Datum:	
Gewünschte Maßnahmen	Diagnostik	<input type="checkbox"/>	Staging	<input type="checkbox"/>
	Radiotherapie	<input type="checkbox"/>	Second Opinion	<input type="checkbox"/>
	Systemtherapie	<input type="checkbox"/>	Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>
	Kombinations- therapie	<input type="checkbox"/>	Operation/ Prüfung der Operabilität	<input type="checkbox"/>
	Befundbesprechung	<input type="checkbox"/>	Nachsorge	<input type="checkbox"/>

Anmeldung per Fax: 0340 501-3881	Telefonnummer: 0340 501-3880
Überweisender Arzt (Adresse, Telefonnummer):	
Unterschrift:	
Wichtig! Bitte Überweisung an Hämatologie/Onkologie oder Strahlentherapie ausstellen.	

Wird vom Onkologischen Zentrum ausgefüllt:

Termin:	Behandelnder Arzt:	Unterschrift Anmeldung OZ:
Kommentar:		
Unterschrift Leiter/stellv. Leiter OZ:		