

## Anmeldung eines operativen Patienten:

FAX an Nr.: 0511 532 18574

## Anmeldung eines ambulanten onkologischen Patienten:

FAX an Nr.: 0511 532 18853

Patient: \_\_\_\_\_

(Name, Vorname)

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Versicherung: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Zuweiserpraxis: \_\_\_\_\_

(Stempel)

## Für die Planung werden folgende Angaben unbedingt benötigt:

Die Punkte 2.-5. müssen nur bei der Anmeldung von operativen Patienten ausgefüllt werden.

1. Gibt es eine histologisch gesicherte Diagnose?

☐ Ja, bitte Histologie faxen ☐ Nein

2. Tumorlokalisation und Tumorgröße \_\_\_\_\_

3. Relevante Nebendiagnosen, Antikoagulation \_\_\_\_\_

4. Dringlichkeitsstufe

☐ innerhalb 1-2 Wochen

☐ innerhalb 2-4 Wochen

☐ Keine Vergabe

5. Allgemeine Angaben

☐ MRSA ☐ betreut

☐ Hepatitis/ HIV ☐ pflegebedürftig/ bettlägerig

☐ Rollstuhl

6. Rückruf gewünscht an: ☐ Patient, Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

☐ Praxis, Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

7. Bemerkungen/ Wünsche: \_\_\_\_\_