

**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:**

1. Gibt es eine histologisch gesicherte Diagnose?

Ja, bitte Histologie faxen  Nein

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

Praxis, Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

3. Optional: Infektiöse Erkrankungen, Besonderheiten? (z.B. MRSA, Betreuung)

Nein

Ja, Bemerkungen: \_\_\_\_\_