

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: _____