

An die
Praxis für Hämatologie
u. Onkologie Koblenz

Fax 0261/3049333

Arztstempel

Anmeldung eines neuen Patienten

Datum:

Name:

Vorname:

Wohnort:

Straße:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Diagnose/Leitsymptome:

.....

Lebt der Patient in einer Pflegeeinrichtung oder befand er sich in den letzten 12 Monaten

vorübergehend in einer solchen Einrichtung? ja nein

War der Patient in den letzten 12 Monaten stationär? ja nein

Angaben zur Erkrankung:

Tumorleiden Blutbildveränderung

Hämorrhagische Diathese Sonstiges

Anlass für die Vorstellung:

Diagnostik / Untersuchung Therapie

Nachsorge Beratung / zweite Meinung

Dringlichkeit des Termins:

Normale Dringlichkeit Innerhalb einer Woche Notfall

Wir vergeben Termine nach medizinischer Notwendigkeit. Bitte fügen Sie die relevanten Befunde bei, damit wir die Dringlichkeit einschätzen können!

Für dringende Termine bitte kurze Begründung:

.....

Telefonische Rücksprache vorab erwünscht: , bevorzugt mit

Prof. Dr. Weide Dr. Thomalla Dr. van Roye PD Dr. Chakupurakal PD Dr. Lutz

Terminrückmeldung (von der Praxisklinik für Hämatologie und Onkologie auszufüllen)

Datum: Uhrzeit:

Patientenfragebogen wurde an Patienten verschickt: Mitarbeiterkürzel: _____