

Anmeldeformular zur Mitbeurteilung oder Zweitmeinung in der Lymphom Ambulanz

Bitte schicken Sie uns die
Befunde per Fax oder
verschlüsselt per E-Mail

Datum: _____

Ohne vollständige Angaben und Befunde kann keine Bearbeitung stattfinden.

Zweitmeinungen werden nicht telefonisch oder online, sondern nur vor Ort angeboten.

Angaben zum Patienten					
<u>Name, Vorname:</u>	<u>Geburtsdatum:</u>				
<u>Anschrift:</u>	<u>Versicherungsstatus:</u> Kassenpatient <input type="checkbox"/> Privatpatient <input type="checkbox"/>				
<u>Diagnose:</u>	<u>Fragestellung/ Grund der Terminanfrage:</u>				
<p>Welche Untersuchungen sind erfolgt? <u>Bitte alle Befunde vorlegen</u></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Radiologische Untersuchungen <input type="checkbox"/> (Bilder zum Termin tag mitbringen) </td> <td style="width: 50%;"> Histologie <input type="checkbox"/> (Befunde von Erstdiagnose und ggf. weiteren Befunden) </td> </tr> <tr> <td> Hämatologische Arztbriefe über den Krankheitsverlauf mit Blutwerten <input type="checkbox"/> </td> <td> Sonstige Befunde <input type="checkbox"/> (Diagnose betreffend) </td> </tr> </table>		Radiologische Untersuchungen <input type="checkbox"/> (Bilder zum Termin tag mitbringen)	Histologie <input type="checkbox"/> (Befunde von Erstdiagnose und ggf. weiteren Befunden)	Hämatologische Arztbriefe über den Krankheitsverlauf mit Blutwerten <input type="checkbox"/>	Sonstige Befunde <input type="checkbox"/> (Diagnose betreffend)
Radiologische Untersuchungen <input type="checkbox"/> (Bilder zum Termin tag mitbringen)	Histologie <input type="checkbox"/> (Befunde von Erstdiagnose und ggf. weiteren Befunden)				
Hämatologische Arztbriefe über den Krankheitsverlauf mit Blutwerten <input type="checkbox"/>	Sonstige Befunde <input type="checkbox"/> (Diagnose betreffend)				
Angaben zum	Ansprechpartner				
Name, Email und Rufnummer (bei Anfragen über Arztpraxis oder Klinik bitte Stempel hinzufügen)					

Terminanfrage/ Befunde bitte an folgende Kontakte weiterleiten:

Frau Müller: Fax: 06221-56/33678, E-Mail: Lisa-Marie.Mueller@med.uni-heidelberg.de

Frau Schreier: Fax: 06221-56/4171, E-Mail: Tamara.Schreier@med.uni-heidelberg.de