

Anmeldeformular zur Neuvorstellung in der Lymphom Ambulanz

Datum: _____

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

Ohne vollständige Angaben und Befunde kann keine Bearbeitung stattfinden.

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>Haben Sie bereits bei einem Hämatologen/Onkologen in Behandlung?</u> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	<u>Diagnose:</u>
<u>Welche Untersuchungen sind erfolgt?</u>	<u>Bitte alle aktuellen Befunde vorlegen (Diagnose betreffend)</u>
<u>Radiologische Untersuchungen:</u> Schriftlicher Befund von CT, PET CT oder MRT <input type="checkbox"/> Bilder per QR-Code <input type="checkbox"/> oder CD <input type="checkbox"/> (für Kliniken oder Arztpraxen steht auch die Übermittlung per PACS zur Verfügung) <input type="checkbox"/>	<u>Histologie:</u> Befund der Erstdiagnose <input type="checkbox"/> Knochenmarkdiagnostik <input type="checkbox"/> (falls vorhanden) <u>Aktueller Arztbrief:</u> <input type="checkbox"/>
<u>Aktuelle Laborwerte:</u> <input type="checkbox"/>	<u>Sonstige Befunde:</u> <input type="checkbox"/> (Diagnose betreffend)
Angaben zum Ansprechpartner	
Name, Rufnummer und E-Mail (bei Anfragen über Arztpraxis oder Klinik bitte Stempel hinzufügen)	

Terminanfrage/ Befunde bitte an folgende Kontakte weiterleiten:

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

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