

Anmeldeformular zur viszeralonkologischen Diagnostik

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

bitte füllen Sie das Formular aus und schicken Sie es dann per Fax an uns zurück: 0375 51-1528.
Für Rückfragen erreichen Sie uns telefonisch unter 0375 51-4754 oder per E-Mail:
onkologische.chirurgie@hbk-zwickau.de.

Wir werden den Patienten kontaktieren, in unserer Sprechstunde beraten und die notwendige Diagnostik veranlassen. Bitte händigen Sie dem Patienten hierfür einen Überweisungsschein aus.
Nach Abschluss der Diagnostik werden wir mit Ihnen die weitere Behandlung besprechen.

Anmeldung für: Sprechstunde Tumorkonferenz

Patientenetikett oder Name, Anschrift, Geburtsdatum

Krankenkasse:

Telefon Patient:

Zuweiser:

Telefon Zuweiser:

Viszeralonkologische Diagnose oder Verdachtsdiagnose:

Bisherige Diagnostik und/oder Therapie (bei Schnittbildgebung schriftlichen Befund beifügen):

Relevante Begleiterkrankungen:

Diabetes Herzerkrankung Niereninsuffizienz Antikoagulation

und/oder:

Wunschtermin:

Vereinbarter Termin:

Stempel, Telefonnummer, Arztunterschrift

verantwortlich: Oberarzt Dr. med. Hans Haase, Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie