

Patientenname: _____ **Geb.-Datum:** _____

1. Telefonisch erreichbar unter:
Festnetz:
Handy:
Angehörige (Name+Telefonnr.):

2. Wir möchten gerne auflisten an welche Ärzte wir einen Befundbericht/Brief senden sollen bzw. dürfen.

Hausarzt: _____ Ort: _____

Überweiser: _____ Ort: _____

spez. Fachärzte: _____ Ort: _____

Für die weitere Behandlung in der Strahlentherapie,
benötigen wir noch folgende Angaben:

Größe: _____ **cm**

Gewicht: _____ **kg**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher Ja Nein

oder Defibrillator? Ja Nein

Läuft die Strahlentherapie über eine
Berufsgenossenschaft Ja Nein

oder sind Sie zurzeit
stationär in Behandlung? Ja Nein

Besitzen Sie einen Medikamentenplan? Ja Nein

(Wenn ja, bitte in der Anmeldung vorlegen)

Sind Sie von der Zuzahlung befreit? Ja Nein

Datum _____ **Unterschrift Patient/in** _____