

Dokumenten ID-Nr.		Vers.	erstellt	geprüft	freigegeben	Seite
F	31	1.8	mai	ber/asc	carl	1 von 1
Version 1.0 gültig ab: 01.01.2008, Vers. 1.8 gültig ab 14.07.2022 letzte Revision: -						

Patientenstammdaten *(m)*

NAME: VORNAME:

GEBURTSDATUM: AUSGEÜBTER BERUF:

TEL.-NR ZUHAUSE:..... TEL.-NR. MOBIL/HANDY:.....

TEL.-NR SONSTIGE:..... EMAIL-ADRESSE:.....

Achtung: bei Anrufen melden wir uns mit „Strahlentherapie“ – unabhängig davon wer den Anruf annimmt! Bitte ausschließlich Telefonnummern angeben, unter denen das so in Ordnung ist!

STR.+ NR:

PLZ:..... ORT:

Ich komme ambulant: stationär: und zwar aus KRANKENHAUS:.....

mein (überweisender) FACH-Arzt:

mein (überweisender) HAUS-Arzt:

Bericht zusätzlich auch an folgende Ärzte:

KRANKENVERSICHERUNG:SITZ DER KRANKENKASSE:

Mein Tarif bei meiner Krankenkasse: Mitglied: Fam.-Mitgl.: Rentner:

PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG:

Mein Tarif bei meiner Privatversicherung: Versichertennachweis vorlegen (KVK oder Anschreiben) bei Sondertarif

Reduzierter Tarif: Basistarif: Normaltarif: KVB: Post:

!!!!VORBESTRAHLUNGEN!!!! Sind Sie schon einmal bestrahlt worden ja nein

WAS wurde bestrahlt (Organ/Körper)?.....

WO wurde bestrahlt (Arzt/Krankenhaus)? WANN?.....

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Anamnese und Diagnose an die Vertrauensstelle des epidemiologischen Krebsregisters Bremen/Niedersachsen weiterleiten.

Ort, Datum **Unterschrift Patientin/Patient** (+ ggf. Betreuer / Dolmetscher)