

# Terminanfrage

für die **ambulante Vorstellung** eines Patienten  
im Zentrum für Innere Medizin, Klinik III - Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin



Zutreffendes bitte ankreuzen und an die angegebene Fax-Nr. senden.

- |  |                              |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Erstvorstellung (bitte Vorbefunde mitfaxen)</b>              | <b>Fax-Nr. 0381 494-7422</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Zweitmeinungssprechstunde</b>                                | <b>Fax-Nr. 0381 494-7422</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Privatsprechstunde bei Prof. Dr. med. Christian Junghanß</b> | <b>Fax-Nr. 0381 494-7422</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Spezialsprechstunde</b>                                      | <b>Fax-Nr. 0381 494-7406</b> |

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> CML                           | <input type="checkbox"/> Gerinnung                 | <input type="checkbox"/> GI-Sprechstunde              |
| <input type="checkbox"/> HNO-Tumore                    | <input type="checkbox"/> Hirntumore/Neuroonkologie | <input type="checkbox"/> Komplementärmedizin          |
| <input type="checkbox"/> Leukämie                      | <input type="checkbox"/> Lymphome                  | <input type="checkbox"/> KMT/Stammzelltransplantation |
| <input type="checkbox"/> MDS                           | <input type="checkbox"/> MPS                       | <input type="checkbox"/> Palliativmedizin             |
| <input type="checkbox"/> Plasmazellerkrankungen        | <input type="checkbox"/> SAA                       | <input type="checkbox"/> Sonstige solide Tumore       |
| <input type="checkbox"/> oder Verdachtsdiagnose: _____ |  |   |

## Grund für Vorstellung/Probleme/Fragestellung:

---

---

---

Datum der Terminanfrage: \_\_\_\_\_

Zuweiser/Anfragesteller: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon-Nr. für Rückfragen/Terminvergabe: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Patientendaten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

**In dringenden Fällen außerhalb der Dienstzeiten:  
Telefon: 0381/494-7428 oder 0151/108 393 44 (diensthabender Arzt)**

Universitätsmedizin Rostock, Zentrum für Innere Medizin  
Klinik III - Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Ernst-Heydemann-Str. 6, 18057 Rostock  
Telefon: 0381/494-7421, E-Mail: onkologie@med.uni-rostock.de, Internet: <https://onkologie.med.uni-rostock.de>