

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

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> CML | <input type="checkbox"/> Gerinnung | <input type="checkbox"/> GI-Speschstunde |
| <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: | <input type="text"/> | |

Grund für Vorstellung/Probleme/Fragestellung:

Datum der Terminanfrage:

Zuweiser/Anfragesteller:

Telefon-Nr. für Rückfragen/Terminvergabe:

E-Mail:

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

E-Mail:

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>