



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., KIM Adresse oder E-Mail senden.*

E-Mail: onkologie.kontakt@med.uni-rostock.de

Fax: +49 381 494 7406

KIM: onkologie@umr.kim.telematik

- Erstvorstellung (bitte Vorbefunde mitschicken)
- Zweitmeinungssprechstunde
- Privatsprechstunde bei Prof. Dr. med. Christian Junghanß
- Spezial Sprechstunde

- | | | |
|--|--|---|
| <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: | <input type="text"/> | |

Grund für Vorstellung/Probleme/Fragestellung:

Datum der Terminanfrage:

Zuweiser/Anfragesteller:

Telefon-Nr. für Rückfragen/Terminvergabe:

E-Mail:

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

E-Mail:

Telefon-Nr.:

In dringenden Fällen außerhalb der Dienstzeiten:

Telefon: 0381/494-7428 (diensthabender Arzt)

Universitätsmedizin Rostock, Zentrum für Innere Medizin

Klinik III - Hämatologie, Onkologie, Palliativmedizin, Ernst-Heydemann-Str. 6, 18057 Rostock

Telefon: 0381/494-7492, KIM Adresse: onkologie@umr.kim.telematik

Internet: <https://onkologie.med.uni-rostock.de>