

Terminanfrage

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

Zutreffendes bitte ankreuzen und an die angegebene Faxnummer schicken

- | | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Erstvorstellung (bitte Vorbefunde mitfaxen) | FAX: 0381/494- 7422 | |
| <input type="checkbox"/> | Zweitmeinungssprechstunde | FAX: 0381/494- 7422 | |
| <input type="checkbox"/> | Privatsprechstunde bei Prof. Junghanß | FAX: 0381/494- 7422
oder telefonisch: 0381/494- 7421 | |
| <input type="checkbox"/> | Allgemeine hämat./onkol. Sprechstunde | FAX: 0381/494- 7406 | |
| <input type="checkbox"/> | Spezial-Sprechstunde | FAX: 0381/494- 7406
oder telefonisch: 0381/494- 7431 | |
| <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 |

Kontaktdaten (Bitte unbedingt soweit wie möglich ausfüllen!)

Datum der Terminanfrage:

Terminwunsch: dringlich in nächster Zeit

Zuweiser/Anfragesteller:

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

Telefonnummer:

Grund für Vorstellung/Probleme/Fragestellung:

Kontaktelefonnummern/Faxnummer für Terminvergabe:

In sehr dringenden Fällen außerhalb der Dienstzeit:
Telefon: 0381/494-7428 oder 0151/108 393 44 (Dienstarzt)