

# 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- <b>7422</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> | Zweitmeinungssprechstunde                   | FAX: 0381/494- <b>7422</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> | Privatsprechstunde bei Prof. Junghanß       | FAX: 0381/494- <b>7422</b><br>oder telefonisch: 0381/494- <b>7421</b> |   |
| <input type="checkbox"/> | Allgemeine hämat./onkol. Sprechstunde       | FAX: 0381/494- <b>7406</b>  |   |
| <input type="checkbox"/> | Spezial-Sprechstunde                        | FAX: 0381/494- <b>7406</b><br>oder telefonisch: 0381/494- <b>7431</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       |

**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)**