

Terminvereinbarung

Hämato-onkologische Ambulanz

| | | | | |
|--|-----------|------------------------|------------|------------|
| Patientendaten: | | | | |
| Telefonnummer: | | | | |
| Datum der Anmeldung: | | | | |
| Zuweiser: | | o Facharzt | | o Hausarzt |
| o andere | | | | |
| Befund ergeht an: | | | | |
| Diagnose (auch Verdachtsdiagnose): | | | | |
| Anamnestische Daten und Vorbefunde/Prämedikation: | | | | |
| Medizinische Anordnungen: | | Laborparameter: | | |
| | | Untersuchungen: | | |
| Unterschrift des Arztes: | | | | |
| Ambulanztermin: | | | am: | um: |
| Bitte alle relevanten Vorbefunde mitbringen | | | | |
| Info an: | o Patient | | o Zuweiser | am: von: |

Version 1

