BARMHERZIGE BRÜDER
Krankenhaus Regensburg

Onkologisches Zentrum

CHECKLISTE FÜR DIE ZWEITMEINUNG

Datum_____

IHR KONTAKT ZU UNS

Um die Koordination bei uns zu erleichtern, benötigen wir im Vorfeld einige Informationen.
Wir möchten uns ein Bild von Ihnen und Ihrem Krankheitsverlauf machen, um eine speziell auf Sie angepasste Behandlung sicherstellen zu können. Wir bitten Sie, uns nachfolgende Informationen zukommen zu lassen. Diese senden Sie bitte per Mail, per Fax oder Post direkt an uns.

Onkologisches Zentrum
Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
Prüfeninger Str. 86, 93049 Regensburg
Telefon: +49 (0)941 369 2171
Fax: +49 (0)941 369 2175
E-Mail onkologisches-zentrum@barmherzige-regensburg.de

PERSÖNLICHE INFORMATIONEN

- ☐ Name, Vorname _____
- ☐ Geburtsdatum _____
- ☐ vollständige Adresse _____
- ☐ Telefon/Mobil _____
- ☐ E-Mail _____
- ☐ Krankenversicherung (optional) _____

ZUR KRANKENGESCHICHTE

Diagnose/Erstdiagnosedatum: _____

_____

- ☐ Aktuelle Arztbriefe und alle Befunde, welche für die Krankheitsgeschichte relevant sind (z. B. bisherige onkologische Therapie, Operationen, Chemotherapien, Bestrahlungen)
- ☐ Schriftlicher Befund und aktuelle Bildgebung (CT/MRT) auf CD.
  Bitte lassen Sie sich hierzu eine Kopie der CD-ROM von Ihrem Hausarzt oder Radiologen anfertigen. Selbst gebrannte CDs können wir leider nicht annehmen, auch ein Upload via Internet ist nicht möglich
- ☐ Pathologiebefunde
- ☐ Aktuelle Laborbefunde – soweit vorhanden –

Bei Vorstellungsterminen

- ☐ Versichertenkarte (ambulant und stationär)
- ☐ Einweisungsschein für die stationäre Aufnahme