

# Patientenstammdaten (m)

NAME: ..... VORNAME: .....

GEBURTSDATUM: ..... AUSGEÜBTER BERUF: .....

TEL.-NR ZUHAUSE:..... TEL.-NR. MOBIL/HANDY:.....

TEL.-NR TAGSÜBER:..... TEL. TAXI: .....

STR.+ NR: .....

PLZ:..... ORT: .....

Ich komme ambulant:  stationär:  und zwar aus KRANKENHAUS:.....

mein (überweisender) FACH-Arzt: .....

mein (überweisender) HAUS-Arzt: .....

Bericht zusätzlich auch an folgende Ärzte: .....

KRANKENVERSICHERUNG: .....SITZ DER KRANKENKASSE: .....

Mein Tarif bei meiner Krankenkasse: Mitglied:  Fam.-Mitgl.:  Rentner:

PRIVATE ZUSATZVERSICHERUNG: .....

Mein Tarif bei meiner Privatversicherung:  
Standardtarif:  Basistarif:  Normaltarif:  KVB:  Post:

!!!!VORBESTRAHLUNGEN!!!! Sind Sie schon einmal bestrahlt worden  ja  nein

WAS wurde bestrahlt (Organ/Körper)?.....

WO wurde bestrahlt (Arzt/Krankenhaus)? ..... WANN?.....

**Ich wünsche mir Unterstützung zur Beantragung einer Anschlussheilbehandlung (AHB):**  ja  nein

Wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Anamnese und Diagnose an die Vertrauensstelle des epidemiologischen Krebsregisters Bremen/Niedersachsen weiterleiten.

**Ort, Datum** **Unterschrift Patientin/Patient** (+ ggf. Betreuer / Dolmetscher)