



Waller Heerstraße 103
28219 Bremen

☎ 0421 - 61 31 31
☎ 0421 - 61 31 51

Onkologische Mitbetreuung

Per Fax an 613151 oder per Post

Sehr geehrte Kollegin,

hiermit bitte ich Sie um die onkologische Mitbetreuung meiner Patientin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Notwendige Informationen (bitte eintragen oder als Anhang):

- Tumorkonferenz-Protokolle
- Alle Befunde seit der Tumorkonferenz
- Vorerkrankungen
- Letzte Regelblutung/Hormonstatus
- Medikamente

Notwendige Voraussetzung

- Überweisungsschein
 - Einwilligung der Patientin
- bitte Arztbrief nach jeder Behandlung
- bitte Arztbrief zu Beginn und Ende der Behandlung

Praxisstempel und Unterschrift

Rückfragen über die Praxis per Telefon 613131 oder per Fax 613151