

**Patientenname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

1. Telefonisch erreichbar unter:  
Festnetz:  
Handy:  
Angehörige (Name+Telefonnr.):
  
2. Wir möchten gerne auflisten an welche Ärzte wir einen Befundbericht/Brief senden sollen bzw. dürfen.

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Überweiser: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

spez. Fachärzte: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Für die weitere Behandlung in der Strahlentherapie,  
benötigen wir noch folgende Angaben:

**Größe:** \_\_\_\_\_ **cm**

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ **kg**

Tragen Sie einen Herzschrittmacher o Ja o Nein

oder Defibrillator? o Ja o Nein

Läuft die Strahlentherapie über eine  
Berufsgenossenschaft o Ja o Nein

oder sind Sie zurzeit  
stationär in Behandlung? o Ja o Nein

Besitzen Sie einen Medikamentenplan? o Ja o Nein

(Wenn ja, bitte in der Anmeldung vorlegen)

Sind Sie von der Zuzahlung befreit? o Ja o Nein

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift Patient/in** \_\_\_\_\_