Fax	ΩA	41	50	150	164/

Krankenkasse bzw. Kostenträger					
Name, Vorname des Versichert	en	geb., am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			



Standort Flensburg

Bahnhofstr. 23 c 24937 Flensburg Tel. 0461 5050640

Anmeldung von Patienten

Datum, Unterschrift

im Onkologischen Therapiezentrum (OTZ) im Gesundheitszentrum Mølledam

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

vielen Dank für die Anmeldung Ihres Patienten/Ihrer Patientin zur Diagnostik oder Behandlung in das Onkologische Therapiezentrum OTZ im Gesundheitszentrum Mølledam. Wir möchten schon beim Erstkontakt so zielführend wie möglich tätig werden, deshalb bitten wir Sie um die Zusendung wichtiger Informationen vorab per Fax (0461 5050644). Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Patienten-Termin im OTZ:	Der Termin wird noch vergeben.
Telefonnummer Patient/ Patientin:	
Medizinische Daten	
Diagnose:	
Problemstellung/ Behandlungsauftrag:	
Dokumente zur Vorgeschichte (Arztbriefe, OP-Berichte, Histologien)	
Unterlagen zu Komorbiditäten, Befunde mitbehandelnder Kollegen/ Medikationsplan	Kolleginnen
aktuelle Befunde – Bitte geben Sie das Bildmaterial den Patienten zu	m Termin mit!
Praxis-Stempel, Telefonnummer	
	\$