



Terminanfrage: Patienteninformation

FAX 06151-130 48 10
E-MAIL anmeldung@onkologie-darmstadt.de
KIM onkologie-darmstadt@telekom.kim.telematik

G. Dingeldein
Dr. med. M. Rieger
Dr. med. S. Schäfer

Fachärzte für
Innere Medizin
Hämatologie
Onkologie

Patientendaten

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefon _____

Fragestellung / Diagnose _____

Kurze Anamnese _____

Aktuelle Medikation _____

Besteht eine Tumor- oder hämatologische Erkrankung?

☐ Nein ☐ Ja – welche?

Wurde / wird bereits eine Behandlung durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja – welche und wo?

Ihre Praxis

Praxis _____

Telefon-Nr. _____

Praxisstempel _____

Bitte mitsenden:

- Laborbefunde
- Arztberichte
- Medikamentenplan
- Überweisung*

*Bitte senden Sie uns zur
Abrechnung der Ziffer 01430
einen Überweisungsschein
zu. Vielen Dank!