



Anfragebogen zur Chemotherapie während des Urlaubs

Onkologische Fachambulanz

Ihre Ansprechpartner:

Brust- und Gynkrebszentrum

OA Dr. med. C. George
Tel.: 0381 4401 – 4710
Fax: 0381 4401 – 4879

OÄ Dr. med. J. Terpe
Tel.: 0381 4401 – 6145
Fax: 0381 4401 – 4879

Darm-/Pankreaszentrum, Onkologisches Zentrum, Zentrum für Hämatologische Neoplasien

OÄ Dr. med. K. Peters
Tel.: 0381 4401 – 6140
Fax: 0381 4401 – 6149

OÄ Dr. med. M. Lestin
Tel.: 0381 4401 – 6140
Fax: 0381 4401 – 6149

Patientenanmeldung für den (Zeitraum):

Patient/Patientin:

geb.: wohnhaft:

Tel./Handy:

Gewicht: Länge:

KOF:

Urlaubsadresse:

Voraussichtlicher Urlaubszeitpunkt:

Voraussichtlicher Urlaubszeitpunkt:

Betreuender Arzt/Praxis am Heimatort:

Name, Anschrift, Telefon:

Onkologische Diagnose (Erstdiagnose und Krankheitsverlauf):

Nebendiagnose:

aktuelle Chemotherapie mit Protokoll (inklusive Begleitmedikamente):

laufende Therapie (Kurzform):

Krankheitsverlauf: ggf. aktuelle Verlaufsbeurteilungen in Kopie

(inklusive Zeitpunkt letzte abgeschlossene Therapieform (z.B. Radiatio), Datum letzter Therapiezyklus und für die Therapie wichtiger Befunde; z.B. Portanlage, spezielle Komplikationen etc.)

Weitere für die Therapie wichtige Diagnosen aus der Eigenanamnese:

Medikamentenplan:

Therapieschema:

(z.B. Vinorelbine 25mg/m² d1,8 + Trastuzumab)

Durchzuführender Zyklus/Tag:

(z.B. Zyklus 3 Tag 1)



Besondere Anforderungen an die Applikation: (wenn gewünscht):

1. Studie: ja / nein

✓ wenn ja, welche bzw. spezielle Anforderungen (Abklärung mit Studienzentrale im Vorfeld zu empfehlen):

2. Protokoll für die Applikation (ein Protokoll aus vorangegangenen Zyklen könnte auch gefaxt werden).

Eine Kopie des vorangegangenen bzw. geplanten Protokolls aus dem behandelnden Onkologischen Zentrum ist erwünscht!

z.B.

Arzneimittel	Dosierung	Absolutdosis	Applikation	Bemerkung

3. Begleittherapie:

(z.B. Tavegil, Dexamethason):

Antiemese:

Weitere Supportiva:

(z.B. Erythropoetin, GCSF)

Die/der Patientin/Patient muss sich persönlich telefonisch vor Therapie im Onkologischen Zentrum des Klinikum Südstadt Rostock vorstellen.

Folgende Unterlagen in Kopie mitbringen:

1. **Kopie Beschluss Tumorkonferenz des Heimatortes in Kopie**

liegt vor

2. **Kopie Chemotherapieaufklärung**

liegt vor

3. **Kopie des vorangegangen bzw. geplanten Therapieprotokolls**

liegt vor

4. **ÜBERWEISUNGSSCHEIN von niedergelassenem Facharzt (Onkologe/Gynäkologe)**

liegt vor

5. **Einverständnis des/r Patient/in zu o.g. Chemotherapie liegt vor**

ja nein

Für die Richtigkeit der Angaben:

Unterschrift behandelnde(r)/anmeldende(r) Ärztin/Arzt/ Stempel

Datum

Ist eine kliniknahe Unterkunft für Sie oder Angehörige notwendig, kann eine Aufnahme im Patientenhotel des Klinikums erfolgen. Anmeldung unter 0381 4401 – 7700 oder villa.s@kliniksued-rostock.de