****

 **Onkologisches Zentrum · Südring 81 · 18055 Rostock**

**Anfragebogen zur Chemotherapie während des Urlaubs**

**Onkologische Fachambulanz**

**Ansprechpartner:**

**Brust- und Gynkrebszentrum**

**OA Dr. med. M. Dieterich**

**Tel: 0381 4401 - 6145**

**Fax: 0381 4401 - 6139**

**Darm-/Pankreaszentrum, Onkologie/Haematologie**

**OÄ Dr. med. K. Peters**

**Tel: 0381 4401 - 6140**

**Fax: 0381 4401 - 6149**

**Patientenanmeldung für den (Zeitraum):**

**Patient/Patientin**:

geb.: wohnhaft: Tel./Handy:

Gewicht: Länge: KOF:

Urlaubsadresse:

**Voraussichtlicher Urlaubszeitpunkt:**

Anvisiertes Datum der Therapie:

**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 Verlaufsbefunde 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. Vinorelbin 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 vorangegangen bzw. geplanten Protokolls aus dem behandelnden Onkologischen Zentrum**

 **ist erwünscht!**

 z.B.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Arzneimittel** | **Dosierung** | **Absolutdosis** | **Applikation** | **Bemerkungen** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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 Klinikums 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: Datum:**

**Stempel**

**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**