

## Ärzte und Kollegen

# Anmeldung von Patienten

Wenn Sie Ihre Patientin oder Ihren Patienten an das Westdeutsche Tumorzentrum überweisen möchten, können Sie das unten stehende Formular nutzen. Alternativ erreichen Sie über die WTZ-Zentrale eine Mitarbeiterin, mit der Sie Detailinformationen zu Ihrem Patienten austauschen können. Auch für Terminanfragen können Sie diese beiden Wege nutzen.

### ÜBERWEISUNG VON PATIENTEN

## Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme

Bitte füllen Sie das nachfolgende Formular möglichst vollständig aus.

Name des behandelnden Arztes

Telefonnummer des behandelnden Arztes

E-Mail-Adresse des Arztes\*

Patient/-in: Vorname\*

Patient/-in: Nachname\*

Patient/-in: Geburtsdatum\*

Patient/-in: Geschlecht\*

 

Patient/-in: Straße / Hausnummer\*

Patient/-in: PLZ / Ort\*

Patient/-in: Telefon privat\*

Patient/-in: Telefon dienstlich

Patient/-in: Telefon mobil

Patient/-in: E-Mail Adresse\*

Patient/-in: Krankenversicherung

Welche Krebserkrankung liegt vor?

Handelt es sich um eine Erstdiagnose oder ein Rezidiv der Erkrankung?

Bitte wählen ...



Kurze Beschreibung des Krankheitsverlaufs und der bereits erfolgten Diagnostik und Behandlung

Ich habe die Datenschutzbestimmungen gelesen und akzeptiert.\*

\* Pflichtfeld

reCAPTCHA

Alternatively if you think you are getting this page in error, please check your internet connection and reload.

[Why is this happening to me?](#)

Privacy - Terms

Senden

[Sitemap](#)

[Datenschutz](#)

[Impressum](#)