

Ärzte & Zuweiser

Anmeldung von Patienten

Wenn Sie Ihre Patientin oder Ihren Patienten an das Westdeutsche Tumorzentrum überweisen möchten, können Sie das unten stehende Formular nutzen. Die Daten werden verschlüsselt übermittelt. Alternativ erreichen Sie über die WTZ-Ambulanz eine Mitarbeiterin, mit der Sie Detailinformationen zu Ihrem Patienten austauschen können.

Wenn Sie die Informationen im Namen Ihrer Patienten in das Kontaktformular einstellen, gehen wir davon aus, dass Ihre Patienten diesem Schritt zugestimmt haben.

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

Senden 



Westdeutsches Tumorzentrum Essen (WTZ)
Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55, 45147 Essen

© 2017 Westdeutsches Tumorzentrum Essen (WTZ) – das Comprehensive Cancer Center des  Universitätsklinikum Essen

[Sitemap](#) [Datenschutz](#) [Impressum](#)