

IOZK AUFNAHMEFORMULAR

.....
Patient: Name, Vorname

.....
Patient Geburtsdatum: TT.MM.JJJJ

.....
Erziehungsberechtigter: Name, Vorname

.....
Erziehungsberechtigter Geburtsdatum: TT.MM.JJJJ

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Land

.....
E-Mail/Fax

.....
Telefon

.....
Telefon Angehöriger bei Komplikation

.....
Versicherung

[] Privat [] Gesetzlich

.....
Art des Tumors

.....
Datum Operation

.....
Name der operierenden Klinik (wenn bekannt)

.....
Adresse der operierenden Klinik

.....
Name der lagernden Einrichtung (wenn zutreffend)

.....
Adresse der lagernden Einrichtung

.....
Ansprechpartner der lagernden Einrichtung

.....
E-Mail Ansprechpartner der lagernden Einrichtung

.....
Rechnungsanschrift - falls abweichend

.....
PLZ, Ort, Land



.....
Datum TT.MM.JJJJ, Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter

Zur Einhaltung der Infektionsschutzmaßnahmen benötigen wir für die Bearbeitung des Tumormaterials den Befund der unten genannten Bluttests in Deutsch oder Englisch. Die Ergebnisse der Tests dürfen nicht älter als 6 Monate sein. Wenn Ihnen am IOZK bereits Blut abgenommen wurde, haben wir diese Tests bereits durchgeführt. Wenn nicht, kontaktieren Sie bitte das IOZK unter: info@iozk.de oder +49 221 420 399 25.

HIV Suchtest Anti HBc HBs-Ag Anti-HC

Ohne die Ergebnisse der Blutuntersuchung darf die Bearbeitung des Tumormaterials nicht erfolgen.

Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an: info@iozk.de