

Anmeldung von externen Patienten
 an das Cancer Center Oldenburg
 FAX: 0441 229-1225



Datum der Anmeldung	Vorname und Name Patient	Geburtsdatum Patient
Titel, Vorname, Name		
Telefon	Fax	E-Mail-Adresse
Unterschrift		

Tumordiagnose/ Verdachtsdiagnose					
TNM	T		N		M
Histologie/Zytologie					
Fragestellung					

Untersuchung	Datum	Befund
Bildgebende Diagnostik		
Funktionsdiagnostik		
Sonstige		

Bisherige Tumorthherapie (bitte Datum und Ort angeben)