

# CHEMOTHERAPIE WÄHREND DES URLAUBES AN DER OSTSEE

(Fax Greifswald: 03834-866541; Stralsund: 08381-482881)

## Patientenanmeldung für den (Zeitraum)

Aus der Praxis:

Name, Anschrift, Telefon

**Betreffend Patientin:**

**geb.**

**wohnhaft:**

**Tel./Handy:**

**Voraussichtliche Urlaubsadresse:**

**Voraussichtlicher Urlaubszeitpunkt:**

**Voraussichtliche Therapietage (Datum):**

**Gewicht:**

**Größe:**

**KOF:**

**Onkologische Diagnose:**

**Laufende Therapie (Kurzform):**

z.B. second – line Navelbine, Radiatio

**Krankheitsverlauf:** (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:**

(z.B. Herz-, Leber- & Nierenerkrankungen)

**Weitere Hausmedikamente:**

**Therapieschema:**

(z.B. Navelbine 25 mg/qm Tag 1 &amp; 8, 3 wö.)

**Durchzuführender Zyklus/Tag**

(z.B. Zyklus 3 Tag 8)

**Besondere Anforderungen an die Applikation:** (wenn gewünscht):

1. Studie ja/nein

wenn ja, welche bzw. spezielle Anforderungen

2. Protokoll für die Applikation (ein Protokoll aus vorangegangenen Zyklen könnte auch gefaxt werden),

z.B.

Arzneimittel	Dosierung	Absolut-dosis	Applikation	Bemerkung
z.B. Vorlauf, NaCl 0,9%		250 ml	i.v.	
z.B. Navelbine	25 mg/qm	47,75 mg	In 100 ml NaCl 0,9% über 30 Min.	

3. Begleittherapie:

(z.B. Sostril, Tavegil, Dexamethason):

Antiemese:

weitere Supportiva:

(z.B. Erythropoetin, GCSF)

Die Patientin muß sich persönlich oder telefonisch mindestens 2 Tage vor Therapie in der Einrichtung vorstellen

Eine Therapieabsage hat bis 1 Wochentag (vormittags) vor dem Tag der Therapie zu erfolgen, die Patientin ist hierüber informiert.

Einverständnis der Patientin zu o.g. Chemotherapie liegt vor: ja nein

Für die Richtigkeit der Angaben:

Unterschrift behandelnde(r)/anmeldende(r) Ärztin/Arzt:

Datum: