

?

## **Dieses Formular arbeitet nur mit aktivierten Javascript. Bitte ändern Sie Ihre Browsereinstellungen.**

### **Internationale Behandlungsanfrage**

Sehr geehrte Patienten, sehr geehrte Anfragende,

Bitte beachten Sie, dass Ihre Anfrage nur bei Vorliegen des vollständig ausgefüllten Formulars auf Deutsch oder Englisch und bei Vorliegen der erforderlichen medizinischen Befunde bearbeitet werden kann.

**Bitte auf Deutsch oder Englisch ausfüllen.**

#### **Patientendaten entsprechend Ihrem Personalausweis/Reisepass**

Anrede

Titel

Vorname\* FEHLER

Nachname\* FEHLER

Geschlecht\* FEHLER

Geburtsdatum

(TT.MM.JJJJ)\* FEHLER

Adresse

PLZ und Ort

Land\* FEHLER

Phone

Fax

E-Mail\* FEHLER

Kontaktperson

(wenn abweichend vom Patienten)

Benötigen Sie

Visumunterstützung? Ja; Nein  
(Einladungsschreiben für die Botschaft)

---

## Medizinische Informationen

1. **Behandlung für die folgenden Erkrankungen / Symptome erwünscht\*** FEHLER
  
2. **Was erwarten Sie von der Vorstellung bzw. Behandlung in Heidelberg (konkrete Indikation / Therapiewunsch)?\*** FEHLER
  
3. **Vorstellung in der/n folgenden Fachabteilung(en) erwünscht (bitte nur angeben, wenn bekannt)**
  
4. **Wunschtermin für die Behandlung (TT.MM.JJJJ)** FEHLER  
Bitte den nächstmöglichen Termin.

**Medizinische Befunde in Kopie (keine Originale) entsprechend der Vorgaben\*** FEHLER

Kopien der medizinischen Befunde sende ich Ihnen mit diesem Formular zu.

(Nur Dateien < 2MB; bitte keine zip-, rar- oder bitmap-Dateien) FEHLER

5.

Kopien der medizinischen Befunde sende ich Ihnen auf dem Postweg zu.

CT-Befunde auf CD Rom sende ich Ihnen auf dem Postweg zu

Bei mir/dem Patienten liegen keine wesentlichen Erkrankungen vor;

ich wünsche eine ambulante Check-Up-Untersuchung in der oben angegebenen Fachabteilung.

6. **Welche Diagnostik wurde in den letzten 3-6 Monaten durchgeführt?**  
**(Wesentliche Befunde bitte auf Deutsch oder Englisch beifügen)**

MRT

CT

PET-CT

Sonografie

Röntgen

Angiographie

Bronchoskopie

Sonstige Untersuchung FEHLER

**Laboruntersuchungen**

Routine (z.B. Blutbild)

Spezialuntersuchungen FEHLER

**Histologie** FEHLER

Histologische Untersuchung; Gewebeprobe entnommen am  
(TT.MM.JJJJ):

7. **Welche wesentlichen Behandlungen wurden für die unter 1. genannte(n) Erkrankung(en)/Symptom(e) durchgeführt?**

Bislang wurde keine Therapie durchgeführt.

	<b>Therapieform</b>	<b>Genaue Bezeichnung (z.B. OP, Wirkstoff, Bestrahlte Region)</b>	<b>(Ungefährer) Behandlungszeitraum</b>	<b>Fortdauernd</b>
			<b>Am/Von (MM.JJJJ) Bis (MM.JJJJ)</b>	
FEHLER	Operation / Intervention (z.B. Bronchoskopie)			
FEHLER	Medikamentöse Therapie (z.B. Chemotherapie oder sonstige Medikamente)			
FEHLER	Bestrahlung (bitte Bestrahlungsprotokoll beifügen)			
FEHLER	Sonstige			

8. **Bitte geben Sie weitere relevante Diagnosen an:**

9. **Liegen aktuell bekannte Infektionen vor?\*** FEHLER

Unbekannt

Nein

Ja;  
Beschreibung  
Erreger (sofern bekannt)

**10. Liegen aktuell offene Wunden vor?\*** FEHLER

Unbekannt  
Nein  
Ja;  
Betroffene Körperregionen

**11. Wie ist der aktuelle Zustand des Patienten?\*** FEHLER

mobil  
überwiegend im Rollstuhl  
überwiegend im Bett/bettlägerig  
auf der Intensivstation

**12. Weitere relevante Mitteilungen zu Ihrem Gesundheitszustand (max. 400 Zeichen) [...]**

**13. Zahlungsmöglichkeiten**

Kreditkarte  
Überweisung  
Internationale Versicherung (nur Thoraxklinik Vertragspartner)  
von Regierung oder Botschaft gefördert

**Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? (Mehrfachnennungen möglich)**

Internet  
Behandelnder Arzt/Krankenhaus  
Familienangehörige/Freunde  
Geschäftspartner  
Arbeitgeber  
Mitarbeiter des Universitätsklinikums Heidelberg  
Presse  
Botschaft/Staatliche Stelle  
Krankenversicherung  
Sonstiges: FEHLER

Ich bitte um die Zusendung einer Kopie der Anfrage an meine oben angegebene E-Mail-Adresse



Ihre Anfrage wird bearbeitet. Bitte haben Sie etwas Geduld. Falls Dateien hochgeladen werden, kann dieser Vorgang einige Zeit in Anspruch nehmen.