



Name Patient, Geb.Datum: _____

Diagnose und Lokalisation der malignen Erkrankung (Bitte Freitextangabe)

Diagnoseschlüssel (ICD) . **Tumorstadium/TNM-Klassifikation** T N M

ggf. sonstige/s: _____

Histomorphologischer Befund

(ggf. Grading, WHO-Grad o.a.)

Seit wann ist die Krankheit bekannt?

(Monat/Jahr der Diagnose)

Operation/en? nein ja

OP-Datum/Daten _____

Art des/der operativen Eingriff/s/e kurativ-OP palliativ-OP**Stationäre/r Aufenthalt/e**

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Medizinische Reha-Maßnahme/n

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Spezifische antineoplastische medikamentöse Behandlung (z.B. Zytostatika, Immun-, Hormon-, o.a. Therapie) nein ja

Präparate _____

von _____ bis _____

Strahlentherapie nein noch nicht geklärt ja

Art _____

von _____ bis _____

Wundheilungsstörungen nein ja**Infektionsproblematik (z.B. MRSA)** nein ja**Begleiterkrankung/en**

Diagnose/n _____

Ggf. medikamentöse Behandlung/en

Präparate _____

Abhängigkeitsproblematik nein ja

Welche? _____

Zusätzliche Beeinträchtigung

des Patienten/der Patientin durch

 Anus praeter Medikamentenallergie Dauerkatheter Tracheostoma Harninkontinenz hochgradige Seh-
schwäche/Blindheit Stuhlinkontinenz Gehörlos Lymphödem psych. Beeinträchti-
gung/Erkrankung Rollstuhl sonstige _____



Name Patient, Geb.Datum: _____

Eingehender Allgemeinbefund

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Puls _____ /Min RR _____ / _____

Karnofsky _____ %

Name der Ärztin/des Arztes

Name _____

Abteilung _____

Telefon _____

Kann die Patientin/der Patient– ohne Fremde Hilfe essen? nein ja– sich alleine waschen
und anziehen? nein ja– sich alleine auf der Station
bewegen? nein ja**Ist der/die Erkrankte allein mit öffentlichen
Verkehrsmitteln/dem privaten PKW reisefähig?** nein ja**Ist eine Begleitung für die Anreise aus medizini-
schen Gründen erforderlich?** nein ja**Ist ein Taxi-Transport erforderlich?** nein ja**Ist ein Krankenwagen-Transport erforderlich?** nein ja**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

X Datum _____

X Unterschrift _____

Stempel Ärztin/Arzt/Krankenhaus

**Medizinische Stellungnahme der
Reha-Einrichtung**Die persönlichen Voraussetzungen nach §2 der
Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft sind erfüllt nein ja

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

X Datum _____

X Unterschrift _____

