





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 Sehschwäche/Blindheit Stuhlinkontinenz  Gehörlos Lymphödem  psych. Beeinträchtigung/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

**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**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



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

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

