

STAMMDATENBLATT

KRYOKONSERVIERUNG

Bitte vollständig ausfüllen!

Mann

Titel

Vorname

Familiename

Geburtsdatum

Sozialversicherungs-Nr.

Versicherung

Staatsbürgerschaft

Geburtsort

Adresse

PLZ und Wohnort

Bitte geben Sie uns eine Telefonnummer bekannt, unter der wir Sie am besten erreichen können:

Telefon tagsüber

Telefon abends

E-Mail - Adresse

Facharzt (Uro)

(Name + PLZ)

Praktischer Arzt

(Name + PLZ)

Beruf



Grund der Kryokonservierung / Diagnose:

Wann wurde die Diagnose gestellt? _____

Wo sind Sie in Behandlung (Krankenhaus, Abteilung)?

Sind Sie derzeit stationär in Behandlung?

Ansprechpartner & Telefonnummer (Arzt / Abteilung für die Behandlung):

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Welche Behandlung bzw. Therapie wurde bereits durchgeführt?

- Chemotherapie Strahlentherapie OP

Leiden Sie oder haben Sie jemals an einer der unten angeführten Erkrankungen gelitten?

- HIV (Typ1 oder Typ2) Hepatitis C
- Syphilis Hepatitis B, wenn ja: geimpft nicht geimpft

Voraussichtlicher Beginn der Chemotherapie:

Datenschutzerklärung & Unterschrift

Dieses Dokument ist nur **in Verbindung mit der unterschriebenen Einverständniserklärung** zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gültig. Ohne die unterschriebene Einverständniserklärung ist die Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten nicht möglich.

.....

Datum

.....

Unterschrift
(handschriftlich)