

Für Notfälle habe ich meinen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber weiterbehandelnden Ärzten entbunden und bin mit der Weitergabe meiner Erkrankungsdaten einverstanden.

In case of emergency I have released my attending physician from medical confidentiality towards other physicians and consent to the disclosure of my medical data.

Ort, Datum, Unterschrift / Place, date, signature:



Netzwerk Neuroendokrine Tumoren (NeT) e.V.
Wörnitzstraße 115a, 90449 Nürnberg
Tel.: 0911/25 28 999, Fax: 0911/2 55 22 54
E-Mail: info@netzwerk-net.de
Internet: www.netzwerk-net.de

NET-Patientenausweis NET Medical Card



Nachname / Surname:

Vorname / Name:

Geburtsdatum / Date of birth:

Adresse / Address:

Telefon / Telephone:

Im Notfall zu verständigen / Emergency contact:

Diagnose / Diagnosis:

NEUROENDOKRINER TUMOR / neuroendocrine tumor

Primarius:

Metastasen / Metastases:

Ki 67 / Grading:

Besonderheiten, Risiken / Special features, risks:

.....

.....

.....

.....

Medikation / Medication:

.....

.....

.....

Begleiterkrankungen / Additional diseases:

.....

.....

.....

.....

Behandelnder Arzt / Attending physician

Name / Name:

.....

.....

Adresse / Address:

.....

.....

Telefon, E-Mail / Telephone, Email:

.....

.....

Was ist noch zu beachten? / Important to be considered:

.....

.....

.....

.....

.....

.....