

Es dürfen **keine Versicherungsdaten** übermittelt werden.
Kein automatisierter Ausdruck über die Chipkarte

Name, Vorname des Patienten

geb. am

Anschrift des Patienten

Titel

Namenszusatz

Geburtsname

Frühere Namen

Geschlecht: männlich weiblich sonst./intersexuell unbek.

Ggf. letzte frühere Wohnung:

Information an das Klinische Krebsregister:

- der einzelnen Meldung
- der Speicherung medizinischer Daten im klinischen Krebsregister
- der epidemiologischen Krebsregistrierung (nur für Brandenburger Pat.)

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle: _____

Krankenhaus oder MVZ: _____

Fachabteilung oder Praxis: _____

PLZ Ort _____

Straße Haus-Nr. _____

Vor- u. Nachname _____

Lebenslange Arzt-Nr. _____ Zahnarzt-Nr. _____

Betriebsstätten Nr. _____ Bei KH IK-Nr. _____

**Widerspruchsmeldung – Patientenwohnsitz in Brandenburg
oder einem anderen Bundesland (ausgenommen Berlin)**

Meldedatum

Arztstempel oder
Stempel der Meldestelle

Unterschrift Arzt/Ärztin