



**In den blauen Kästen finden Sie Hinweise zum Fragebogen**

Es ist für uns hilfreich, wenn wir mit den behandelnden Ärzten/Ärztinnen oder der Klinik in Kontakt treten dürfen, falls wir noch Fragen zu der von Ihnen angegebenen Krebserkrankung/dem Rückfall (Rezidiv) haben. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie damit einverstanden sind.

**Ja**, ich bin einverstanden, dass Sie (das DKKR, die behandelnde Klinik oder zuständige Therapieoptimierungsstudie/klinische Studie) meine behandelnden Ärzte/Ärztinnen/Klinik kontaktieren, um weitere Informationen zu den neu aufgetretenen Ereignissen zu erhalten.

Name und Adresse der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes:

Name und Adresse der behandelnden Klinik:

---

---

---

---

---

---

---

---

Um gegebenenfalls weitere Informationen zu Ihrer Erkrankung (auf der Vorderseite eingetragen) zu bekommen, können Sie uns auch erlauben, diese anzufragen, wenn Sie sich vielleicht unsicher sind.

**Nein**, kontaktieren Sie meine Ärzte/Ärztinnen/Kliniken nicht.

Alternativ können Sie uns auch gerne eine Kopie eines Arztbriefes mitschicken, falls Ihnen einer vorliegt.

**Vor- und Nachname in Druckschrift**

**Ort, Datum und Unterschrift**

Unterschrift als **Patient:in** oder **Sorgeberechtigte(n)**.

**Wenn ein Betreuungsverhältnis vorliegt:**

Ich versichere als ..... eingesetzt zu sein.

**Vor- und Nachname in Druckschrift**

**Ort, Datum und Unterschrift**

Nur wenn Sie ein(e) **Betreuer:in** haben/ des Patienten sind, hier Name und Unterschrift eintragen.

Haben Sie noch weitere Anmerkungen?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Herzlichen Dank!