UNIKLINIK KÖLN

Klinik I für Innere Medizin

Patientenaufkleber

Patientennummer: .....

Name/Vorname: .....

Geb.-Datum: .....

CIO
Centrum für Integrierte Onkologie
Aachen Bonn Köln Düsseldorf

Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie OTT
Telefon: +49 221 478-32993
Telefax: +49 221 478-30894
ott@uk-koeln.de

Köln,

Empfehlungsschein OTT

Empfehlungsschein zur Teilnahme an der trainings-und bewegungstherapeutischen Versorgung (OTT) für onkologische Patienten der Uniklinik Köln.

☐ Patientin/Patient wird stationär im CIO behandelt

☐ Patientin/Patient wird ambulant im CIO behandelt

☐ Patientin/Patient wird ausser Haus behandelt bei _____

Diagnose: _____ Datum Erstdiagnose: _____

Hiermit bestätige ich, dass die Patientin/der Patient über die Möglichkeit zur Teilnahme an der empfohlenen trainings- und bewegungstherapeutischen Versorgung durch die „OTT" der Klinik I für Innere Medizin informiert habe. Die Teilnahme ist kostenlos.

Ich befürworte die aktive Teilnahme meiner Patientin/meines Patienten am bewegungstherapeutischen Programm der OTT und stehe bei eventuellen medizinischen Rückfragen als Ansprechpartner für das therapeutische Team der OTT zur Verfügung.

Empfohlen durch (Name und Berufsgruppe): _____

Telefon-/Funk-Nr: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte vermerken: _____

☐ Patientin/Patient wünscht Teilnahme an der OTT oder/und Informationen

☐ Empfehlung Nebenwirkungsmanagement Fatigue

☐ Empfehlung Nebenwirkungsmanagement CIPN

☐ Empfehlung Nebenwirkungsmanagement ungewollter Gewichtsverlust

☐ Sonstiges/Notiz:

_____

_____

Onkologische Trainings- und Bewegungstherapie OTT

P2008014_ Stand: 01/2021