**Station 1** 299 - 3380

Prof. Dr. R. Schroers 299 - 83447

Stationsärztin/-arzt 299 - 80199

**Station 8** 299 - 3945

Dr. M. Pohl 299 - 80400

M. Wünnenberg 299 - 80198

M. Awad 299 - 83439

**Stammzellstation** 299 - 83918

Dr. T. Mika 299 - 83408

**Intensivmedizin** 299 - 80181

Prof. Dr. R. Schroers 299 - 83447

**Konsiliardienst** 299 - 83417

Dr. M. Pohl 299 - 80400

M. Wünnenberg 299 - 80198

**Leitstelle Onkologie**

B. Fiedler 299 - 83446

Facharzt / Onkophone 299 - 83417

**Spezialambulanz** 299 - 3406

Prof. Dr. R. Schroers 299 - 83447   
Dr. C. Lugnier 299 - 83435

Ambulanzärztin/-arzt299 - 80404

**Erbliche Blutkrankheiten** 299 - 3464

Dr. V. Nilius-Eliliwi 299 - 83410

J. Buss299 - 83412

**Studienzentrum**

Prof. Dr. R. Schroers 299 - 83447

A. Lendzian 299 - 83450

A. Racherbäumer 299 - 83403  
C. Piechura

**Labor - Zellherstellung** 299 - 83448

S. Plambeck (QMB) 299 - 83437

G. Kersten 299 - 83448

A. Schöneck

**Labor - Hämatologie** 299 - 3448

Dr. T. Mika 299 - 83408

Dr. V. Nilius-Eliliwi 299 - 83410

Dr. S. Klein-Scory 299 - 80411

S. Eilert-Micus 299 - 80412

**Stammzellkoordination**

Dr. T. Mika 299 - 83408

A. Reinert 299 - 83449

J. Buss 299 - 83412

|  |  |
| --- | --- |
|  | Knappschaft Kliniken Universitätsklinikum Bochum GmbH  **Hämatologie, Stammzelltransplantation, Zelltherapie**  **Zentrum Onkologie Knappschaft Kliniken**  Univ.-Prof. Dr. Roland Schroers  In der Schornau 23-25  D-44892 Bochum  Tel (0234) 299-3405, 299-83417  Fax (0234) 299-3388  e-mail med2@knappschaft-kliniken.de  homepage www.knappschaft-kliniken.de/bochum  Zertifizierung durch Deutsche Krebsgesellschaft: Ein Meilenstein für unser hämatologisches  Zentrum www.haema-kkh.de |
| **EINWEISUNGSDOKUMENT**  **VORSTELLUNGSDOKUMENT**  für Externe Zuweiser  **FAX: 0234-299-3388 e-mail: med2@knappschaft-kliniken.de** |
|  |



|  |  |
| --- | --- |
| **NACHNAME** (Patient/-in) | **Vorname** |
| ***Geb.-Datum*** | *Adresse:*  *Versicherung:* |
| ***Rufnummern Patient***  **Mobil:**  **Festnetz:** |
| ***Diagnose / Vorstellungsgrund:*** | |
|  | |
| ***Einweisername / -stempel:*** | |
| **Bei dringlicher Vorstellung bzw. Verlegungswunsch:**  **Anruf unter** **0234-299 83417** (Facharzt)  0234-299 3405 oder 0234-299 0 (Sekretariat/Pforte) | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datum Name Unterschrift*

Rufnummer für Rückruf: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_