

Anmeldung zur Strahlentherapie

Zentrum
für Strahlentherapie
und Radioonkologie



Klinik (Stempel) und Kontaktdaten	Personalien des Patienten und Tel.-Nummer
-----------------------------------	---

Diagnose:

Histologie:

(PE, Tumor, LK)
Bitte beifügen!

TNM-Klass.:

Klin. Befund und Tumorbefund:

(Lage, Ausdehnung, Größe etc.)

Regionäres Lymphsystem:

(LK wo, wie groß, fixiert etc.)

Fernmetastasen:

(wo, wie diagnostiziert,
Folgeerscheinungen)

Operation:

(wann, wo, welche)

Frühere Bestrahlung:

(wann, wo, wieviel)

Chemotherapie/Hormontherapie/Immuntherapie:

(wann, was, wie viel)

Bemerkungen:

Unterschrift (Telefon-Nr.)

Zentrum für Strahlentherapie und Radioonkologie, Gröpelinger Heerstrasse 406-408, 28239 Bremen
Tel. 0421.6102.6666, Fax: 0421.6102.6676, mail: carl@strahlentherapie-bremen.com

Gemeinsam für das Leben.