

Patientendaten:

**Strahlentherapie**

St.-Jürgen-Str. 1 · 28205 Bremen

Tel.: 0421 497-72700

Fax: 0421 497-72799

Zuweiser (Stempel, Telefon-Nr., **Fax-Nr.**):

**Anmeldung zur Strahlentherapie**

Bitte per Fax an: 0421 497-72799

Notfall  ja  nein

Diagnose \_\_\_\_\_

Histologie gesichert  ja  nein

Stadium \_\_\_\_\_ Karnofsky-Index \_\_\_\_\_%

Bildgebung (Art/Datum) \_\_\_\_\_

Schmerzen  ja  nein Neurologische Ausfälle  ja  nein

Fragestellung \_\_\_\_\_

Krankenversicherung ambulanz:  privat  gesetzlich stationär:  privat  gesetzlich

Patient derzeit  stationär  ambulanz

Bemerkungen oder Besonderheiten (z. B. Patient infektiös, betreut, liegend, etc.):

**Bitte fügen sie alle relevanten Unterlagen inkl. Bildgebung bei!**

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter 0421 497-72700 zur Verfügung!

*Ihr Team der Strahlentherapie*