

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, Mozartstr. 30, 26655 Westerstede
Tel.: 04488.50-6666, Fax: 04488.50-6676, mail: carl@strahlentherapie-westerstede.com