

Strahlentherapie und Radioonkologie

Chefarzt:
Prof. Dr. F. Zimmermann

Patientendaten

Name: _____ Vorname: _____

geb. am: _____

Strasse: _____ Tel: _____

Wohnort: _____

Krankenkasse: _____

Ist der/die Patient/in stationär: Ja Nein wenn ja, voraussichtlich bis: _____

Hausarzt des Patienten: _____

Universitätsspital Basel
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
Anmeldung +41 61 265 49 40
Telefax +41 61 265 45 89
Direktwahl +41 61 265 49 54
Internet: www.radioonkologiebasel.ch
email: anmeldung.radioonkologie@usb.ch

Diagnose bzw. aktuelles Problem: _____

Operation (wann, durch wen): _____

Chemotherapie / Hormontherapie (welche, wann, durch wen): _____

Wurde der Patient jemals in einer anderen Klinik bestrahlt: _____

Checkliste der benötigten Befunde / Berichte:

Alle verfügbaren **Histologieberichte**

Alle verfügbaren **OP- Berichte**

Laborbefunde inkl. Tumormarker (bei Prostata-Ca alle verfügbaren PSA-Werte)

Röntgenbefunde

Röntgenbilder (CT, MRI, PET, Mammographien) auf CD, Papierausdruck oder Film (bitte dem Patienten mitgeben oder rechtzeitig zuschicken)

Endoskopiefunde

Lungenfunktionsbefunde

Austrittsberichte / Vorberichte

Diagnoseliste

Stempel _____

Unterschrift des zuweisenden Arztes _____

Tel. (bitte lesbar): _____