

**DR. MED. BEAT AMSLER**

FMH MEDIZINISCHE RADIOLOGIE / RADIO-ONKOLOGIE

beat.amsler@aerztehaus-allschwil.ch

anmeldung.radioonkologie@aerztehaus-allschwil.ch

[www.aerztehaus-allschwil.ch](http://www.aerztehaus-allschwil.ch)

Erzenbergstrasse 51 , 4410 LIESTAL TEL +41 (0)61 544 77 00

FAX +41 (0)61 544 77 10

# Anmeldung zur Strahlentherapie

<b>Nachname</b>		<b>Vorname</b>	
<b>Geburtsdatum</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Strasse</b>		<b>Ort</b>	
<b>Krankenkasse</b>		<b>Vers.nummer</b>	
<b>Diagnose</b>			
<b>Stadium</b>			
<b>Histologie</b>			
<b>Bisherige Therapien</b>			
<b>Wann/Was/was</b>			
<b>Nebendiagnosen</b>			
<b>Vorbestrahlung</b>	<b>Lokalisation</b>	<b>Wann</b>	<b>Wer</b>
<b>Röntgen</b>	<b>Was</b>	<b>Wann</b>	<b>Wer</b>
<b>Röntgenbilder</b>	Per Post <input type="checkbox"/>	Per Email <input type="checkbox"/>	Mit Patient <input type="checkbox"/>
<b>Bemerkungen</b>			
<b>Gewünschte Therapie</b>			
<b>Notfall</b>	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Tel avisiert	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Zuweiser</b>			
<b>Datum</b>			

Bitte immer alle relevanten Originalbefunde mitschicken