

# ZUWEISUNG zur Strahlentherapie

Patienten-Name:

.....

.....

Platz für Etikett

geb.

am:

...../...../.....

Vorname:

Adresse:.....

.....

Tel.

**Bestrahlungsindikation  
soll gestellt werden für:**

(Region/en).....

Tumorboardvorstellung erfolgt:

ja

nein

Primärtumor (ICD 10) .....

Lokalisation: .....

TNM – Klassifikation T ..... N ..... M .....  
(c/p/y)

FIGO - Stadieneinteilung: ..... andere Einteilung: .....

Ann-Arbor Klassifikaton: .....

**Wurde der Patient bereits einmal bestrahlt?**

ja

nein

Relevante Begleiterkrankung/en:

.....

**BITTE VOLLSTÄNDIG  
AUSFÜLLEN**

Fax: 0316/385 17681

**Für Rückfragen:**

Klinik od. Abteilungs-  
Stempel

zuweisender Arzt  
(Blockschrift) .....

Telefon: .....

Datum: .....

Unterschrift: .....