

ZUWEISUNG zur Strahlentherapie

Patienten-Name:

.....

geb.

am:

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

Vorname:

.....

Adresse:.....

.....

Tel.

Platz für Etikett

**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**

Dame: Kages037

E-Mail: Erstaufnahme.stz@uniklinikum.kages.at

Für Rückfragen:
Klinik od. Abteilungs-

Stempel



zuweisender Arzt
(Blockschrift)

Datum:

Telefon: