

**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](http://www.radioonkologiebasel.ch)  
email: [anmeldung.radioonkologie@usb.ch](mailto: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): \_\_\_\_\_