

Absender:

Praxis:

Campus Lübeck

Klinik für Strahlentherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Dirk Rades

Patientenanmeldung / Infopunkt

Telefon: 0451 500-45420 / **Fax:** 0451 500-45424

E-Mail: info.strahlentherapie.luebeck@uksh.de

www.uksh.de/strahlentherapie

Datum:

Anmeldung zur Strahlentherapie

Name des Patienten: _____ geb.: _____

Diagnose: _____

TNM: _____

Histologie: _____

Bisherige Therapie:

Bitte zurück zusammen mit allen Befunden/Briefen per **FAX 0451-500-45424** oder als Emailanhang info.strahlentherapie.luebeck@uksh.de

Pat. sollte einen **Überweisungsschein** und alle relevanten **Schnittbilder** als CD zum Termin mitbringen.

Falls eine **stationäre Therapie** gewünscht wird, bitten wir zur Koordination um eine telefonische Rücksprache.

Tel. des/der Pat.: _____ (Zwecks Terminvergabe rufen wir den Pat. an).

