

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:

Absender:

Praxis:

Anmeldung zur primären Strahlentherapie eines Prostatakarzinoms

Name des Patienten: _____ geb.: _____

Diagnose: _____

TNM: _____ Gleasonscore: _____

Histologie: _____

Gewünschte Therapieoption:

- Primäre perkutane Strahlentherapie (Dauer ca. 8 Wochen)
- Primäre perkutane Strahlentherapie + HDR-Brachytherapie (Dauer ca. 6 Wochen, 2x stationär)
- Primäre hypofraktionierte perkutane Strahlentherapie (Dauer ca. 4 Wochen) bei Pat. mit red. AZ und/oder langem Anfahrtsweg

Bitte zurück zusammen mit allen Befunden/Briefen per **FAX 0451-500-45404** oder als Emailanhang info.strahlentherapie.luebeck@uksh.de

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

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