

Univ.-Prof. Dr. med. H. Schmidberger  
PD Dr. med. T. Bostel  
C. Grad  
PD Dr. med. A. Mayer  
Dr. med. M. Rapp  
Dr. med. C. Schwanbeck  
Dr. med. M. Stockinger

Langenbeckstr. 1, Gebäude 209  
55131 Mainz  
[www.mvz.unimedizin-mainz.de](http://www.mvz.unimedizin-mainz.de)

Telefon: 06131 / 17-6066  
Telefax: 06131 / 17-6470

Sehr geehrte ZuweiserInnen,

zur Anmeldung Ihres Patienten zur Strahlentherapie bei uns, senden Sie uns bitte diesen Bogen unter Angabe der Patientendaten sowie Ihrer Daten per Fax zu und ergänzen Sie diesen um:

Überweisung an die Radioonkologie, Histologie, OP-Bericht, Befunde von aktuellen radiologischen und endoskopischen Untersuchungen, aktueller Arztbrief mit bisheriger onkologischer Vorgeschichte, PSA Verlauf bei Prostatapatienten.

Patientendaten	
Name	
Vorname	
Geb.-Datum	
Wohnort	
Telefonnummer	

Zuweiserangaben	ODER	Stempel
Name		
Telefonnummer		
Faxnummer		
Telefonische Rücksprache erwünscht	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Mit Beginn der Strahlentherapie erhalten Sie nachfolgende Informationen von uns per Fax zurück.

**Auszufüllen durch Klinik für Radioonkologie und Strahlentherapie**

Rückmeldung an Zuweiser	
Geplanter Bestrahlungsmodus (Fraktionen x Einzeldosis in Gy)	
Geplanter Bestrahlungsbeginn (Datum)	
Geplantes Bestrahlungsende (Datum)	
Linearbeschleuniger (Name/ Tel.)	
Ärztlicher Kontakt während Bestrahlung (Name)	