

Anforderungs-FAX

GliaSite®-Behandlung

An: Fax 9012
Klinik für Nuklearmedizin, Radiophysik
Dr. H. Künstner (Tel. 9010)

Von: Klinik für Neurochirurgie, Universitätsmedizin Rostock
Dr. (Tel. 6435)

Hiermit bitten wir um die Planung und Vorbereitung einer GliaSite®-Behandlung für folgenden Patienten:

Name, Vorname: _____ **geb.:** _____

Patient-Telefon : _____

Diagnose: _____

Operationsdatum: _____

Ballon-Volumen [ml]: _____ wenn möglich **Eindringtiefe[cm]:** _____

Energiedosis[Gy]: _____

Wunschtermin: _____
(voraussichtlich)

Relevante Nebendiagnosen:

Ziel-Dosis [Gy] und Eindringtiefe [cm] werden in Rücksprache mit _____
Klinik für Strahlentherapie, Universitätsmedizin Rostock festgelegt.

Datum

Ansprechpartner,
Stempel, Unterschrift