AnmeldungUniversitätsklinik für Radio-Onkologie

Datum:

Zuweisende Stelle:

Patientenangaben

|  |
| --- |
| Name, Vorname:      Geburtsdatum:      Adresse:      Telefon:       Versicherungsklasse:       |

 **Diagnose**

**Fragestellung**

**Bemerkungen**

**Formular senden an:**
Universitätsklinik für Radio-Onkologie, Patientendisposition, Inselspital, 3010 Bern
Fax: 031 632 48 85, E-Mail: dispo.kro@insel.ch

**Bitte übermitteln Sie folgende Unterlagen, falls vorhanden:**

* Bilddiagnostik (Röntgen, CT, MRI, Szintigraphien etc. inkl. schriftlicher Befunde
* Relevante Korrespondenz (Austrittsberichte, Berichte von Fachärzten, etc.)
* Operationsberichte
* Histologien, Zytologien
* Laboruntersuchungen
* Spezielle Untersuchungen