

	FORMULAR	GEN.FO.06 Version 11
	DATENSATZ	Gültigkeitsdatum : 02/11/2023
	Terminanfrageformular im Centre François Baclesse	Seiten : 1 / 1

Administrative Angaben	
Name : _____ Vorname : _____ Matrikelnummer CNS : _____ Mobiltelefon* : _____ Email : _____	Falls erforderlich (abhängige Person), Kontaktdaten der Vertrauensperson : Name-Vorname : _____ Mobiltelefon* : _____ Email : _____
<input type="checkbox"/> Der Patient widersetzt sich dem Zugriff des CFB auf seine gemeinsame Pflegedokumentation (DSP).	<small>* Bitte teilen Sie uns das Mobiltelefon des Patienten mit, damit er am Tag vor der Konsultation automatisch per SMS an den Termin erinnert werden kann.</small>

Zielorgan (1 Kästchen ankreuzen) :

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Haut | <input type="checkbox"/> Brust | <input type="checkbox"/> Gynäkologie |
| <input type="checkbox"/> Urologie – Prostata | <input type="checkbox"/> Verdauungstrakt | <input type="checkbox"/> Lunge – Thorax |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Sarkom |
| <input type="checkbox"/> Hämatologie | <input type="checkbox"/> Gutachten einer ungewöhnlichen Toxizität | |
- Metastase Diffuse Krankheit
 Oligometastase Geben Sie die zu behandelnde Zone an : _____
- Vorausgegangene Bestrahlung Ort : _____
- Patient mit Infektionsrisiko oder in Isolierung _____
- Antrag auf ein Gutachten in Onkologie-Strahlentherapie/R1

Spezifische Fachkompetenz :

- Brachytherapie Protonentherapie

Gewünschter Terminzeitraum zum Vorstellungsgespräch :

- Medizinischer Notfall (Kompression des Rückenmarks, akutes neurologisches Defizit, Hämorrhagie)
 Standardmäßig Bitte genau angeben : _____

Liste der zusätzlich zu übermittelnden Dokumente in Ergänzung des ausgefüllten Formulars:

1. Arztbrief mit der Begründung, der Synthese der onkologischen Krankheitsgeschichte, den Terminen der zukünftigen Bildgebung oder des Termins bei Ihnen, Medikamentenliste
2. **Anatomopathologischer Bericht im direktem Zusammenhang mit dem Grund des Beratungstermins (obligatorisch)**
3. **Operationsbericht, wenn der Patient im Rahmen einer kurativen Indikation operiert wurde (obligatorisch)**
4. Derzeit geltende Chemotherapie bis zu den letzten 3 Monaten
5. Bericht der rezenten Bildgebung der letzten 3 Monaten (prä- und postoperativ falls operiert) (fakultativ), + Quellbilder im PACS des CFB verfügbar machen
6. Bericht der RCP (Tumorkonferenz) der die Radiotherapieindikation bestätigt (fakultativ)
7. Gegebenenfalls Kopie des Formulars S2 (für die Patienten, für nicht-Mitglieder der CNS) (fakultativ)

- ➔ Wir bitten Sie, uns das ausgefüllte Formular sowie die Unterlagen per email (rdv@baclesse.lu), oder per Post (Centre François Baclesse Bp 436 L-4005 Esch-Alzette) zu übermitteln.
- ➔ Für die Übermittlung eines Termins sind dem Formular unbedingt die oben aufgeführten Unterlagen beizufügen.
- ➔ Nach Erhalt des Termins liegt es in Ihrer Verantwortung, ihn Ihrem Patienten mitzuteilen.

Überweisender Arzt (Stempel und Unterschrift)
Telefon : _____ E-mail : _____