

ANFRAGE FÜR DIE THERAPIE MIT 188-RHENIUM

MODULO RICHIESTA TERAPIA CON 188-RENIO

NACHNAME - COGNOME

VORNAME - NOME

GEBURTSDATUM und ORT - DATA e LUOGO DI NASCITA

HERKUNFT (Stadt) - PROVENIENZA (Città)

TELEFON - TELEFONO

ZUWEISENDER ARZT - MEDICO REFERENTE

TELEFON - TELEFONO

HISTOLOGIE DER HAUTLÄSION - ISTOLOGIA LESIONE CUTANEA

BASALZELLKARZINOM - CARCINOMA A CELLULE BASALI

PLATTENEPIHELKARZINOM - CARCINOMA SQUAMOCELLULARE

LOKALISATION DER LÄSION - SEDE DELLA LESIONE _____

FLÄCHE DER LÄSION - AREA DELLA LESIONE (in cm²) _____

TIEFE DER INVASION (anhand der Biopsie bestimmt) - PROFONDITÀ DI INVASIONE NEOPLASTICA (valutata con biopsia cutanea) (max=2mm) _____

VORHERIGE THERAPIEN (durchgeführt wegen der oben genannten Läsion) - PREGRESSE TERAPIE (effettuate sulla lesione cutanea in oggetto) _____

HAUTTYP - FOTOTIPO _____

SELBSTSTÄNDIG - AUTOSUFFICIENTE

NEIN - NO JA - SI

BEDARF WEITERER HILFSMITTEL - NECESSITA DI ULTERIORI AUSILI

NEIN - NO JA - SI

BEKANNTE ALLERGIEN - ALLERGIE NOTE

NEIN - NO JA - SI

INKONTINENZ - INCONTINENZA

NEIN - NO JA - SI

GEWICHT - PESO (kg) _____

ANDERE KRANKHEITEN, LAUFENDE THERAPIEN - PATOLOGIE ASSOCIATE E TERAPIE IN CORSO

Der Anfrage beizufügen: BILDMATERIAL DER ZU BEHANDELNDEN LÄSION - **Da allegare alla richiesta:** ICONOGRAFIA DELLA LESIONE DA TRATTARE

Anfragender Arzt (Stempel und Unterschrift) - Medico richiedente (firma e timbro)

Datum - Data _____