

Antrag auf Bewilligung ambulanter Protonen- bzw. Kohlenstoffionentherapie

Zuständiger Versicherungsträger: _____

Familiename(n)/Nachname(n) Vorname(n)	Versicherungsnummer			
Patient(in)				
	Ifd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
Anschrift				
Versicherte(r)				
	Ifd.Nr.	Tag	Monat	Jahr
Versicherte(r) beschäftigt bei				
Telefonnummer und Mail-Adresse von Patient(in) oder Obsorgeberechtigten				
Therapierelevante Diagnose:				
Weitere Diagnosen:				

alle bisherigen Therapien betreffend relevante Diagnose (welche Therapie, welche Dosierung, für wie lange, wo)
Angaben über den aktuellen Gesamtzustand und der Eignung zur ambulanten Strahlentherapie

First-Line-Therapie <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

Empfehlung des Tumorboards

Angaben zum Tumorboard: Mitglieder des Tumorboards (Name, Fachgebiet, Mail-Adresse für Rückfragen)	
Stellungnahme eines Chirurgen des jeweiligen Fachgebietes zur Möglichkeit einer chirurgischen Sanierung des Tumors	
Stellungnahme eines internistischen Onkologen bzgl. Chemotherapie oder Radiochemotherapie	
Stellungnahme eines Radioonkologen bzgl. herkömmlicher Radiotherapie (3D konformale Bestr., IMRT, Gammaknife)	
allfällige Stellungnahmen weiterer involvierter Fachgebiete	
Wenn sich eine Änderung des medizinischen Zustandes des Patienten ergibt, nimmt der Zuweiser automatisch Kontakt mit der bewilligenden Stelle auf.	
Zuweiser (Name, Telefonnummer, Mail-Adresse)	Ort, Datum, Unterschrift
dezidierte Begründung für Ionentherapie z.B. wegen Alter des Pat. oder Lokalisation des Tu inmitten von Risikogewebe.	
Welche Art der Bestrahlung soll durchgeführt werden: Protonentherapie ja/nein Kohlenstoffionentherapie ja/nein Stationärer Aufenthalt während der Therapie erforderlich ja/nein	
Erledigung durch den Versicherungsträger	