

Anmeldungsformular zur Bestrahlung von gutartigen Krankheiten

Bitte Indikation in der Tabelle ankreuzen oder im freien Textfeld schreiben. Vielen Dank.

ICD 10 Code	Region/Diagnose	Behandlung
Schulter		
M75.9	Schulterläsion	li re
Ellbogen		
M77.0	Epicondylitis ulnaris humeri	li re
M77.1	Epicondylitis radialis humeri	li re
Hand		
M15.9	Polyarthrose	li re
M18.9	Rhizarthrose	li re
M72.0	Morbus Dupuytren	li re
Hüfte		
M16.9	Koxarthrose	li re
M70.6	Bursitis trochanterica	li re
M19.9	Iliosacralarthrose	li re
M53.3	Coccygodynie	li re
Knie		
M76.5	Tendinitis der Patellarsehne	li re
M17.9	Gonarthrose	li re
Fuss		
M76.6	Tendinitis der Achillessehne	li re
M77.3	Kalkaneussporn	li re
M20.2	Grosszehengrundgelenksarthrose	li re
M77.4	Metatarsalgie	li re
M72.2	Fibromatose der Plantarfaszie (Morbus Ledderhose)	li re
Hauterkrankungen		
L25.9	Kontaktdermatitis	li re
L40.9	Psoriasis	li re
L57.0	Aktinische Keratose	li re
L91.0	Keloid	li re
C44	Basaliom	li re
Sonstiges		
M61.9	Kalzifikationen von Muskeln (Heterotope Ossifikation)	li re
N62	Gynäkomastie	li re
Freier Text		

Angaben des Patienten

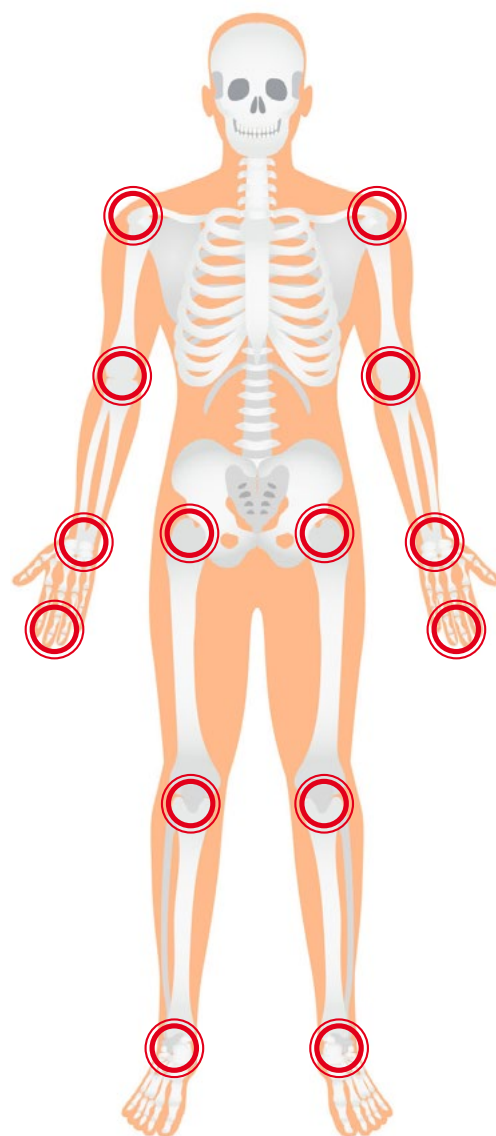
Name

Adresse

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail



Im Allgemeinen werden im Abstand von ca. 2 Monaten je 6 Bestrahlungen à 5 Minuten, 2x wöchentlich durchgeführt.

Radio-Onkologie-Zentrum Mittelland

Tellstrasse 25, CH-5001 Aarau

062 838 54 08

radioonkologie@ksa.ch

ksa.ch/radio-onkologie

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Übermittlung dieses Formulars nur mit einer gesicherten HIN-Mail-Adresse datenschutzkonform möglich ist. Alternativ kann das Dokument passwortgeschützt, mit ausdrücklicher Einwilligung der betroffenen Personen oder auf dem Postweg versendet werden.