

# Anmeldungsformular zur Bestrahlung von gutartigen Krankheiten



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

## Angaben des Patienten

Name

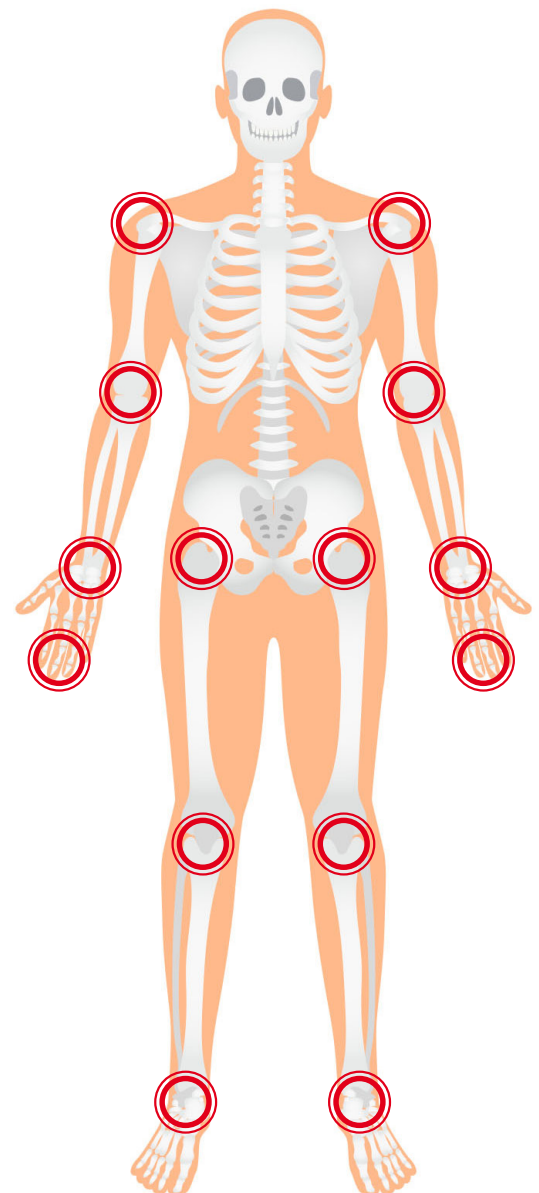
Adresse

Geburtsdatum

Telefonnummer

E-Mail

| ICD 10 Code             | Region/Diagnose                                       | Behandlung |
|-------------------------|---|------------|
| <b>Schulter</b>         |   |            |
| M75.9                   | Schulterläsion  | li re      |
| <b>Ellbogen</b>         |   |            |
| M77.0                   | Epicondylitis ulnaris humeri                          | li re      |
| M77.1                   | Epicondylitis radialis humeri                         | li re      |
| <b>Hand</b>             |   |            |
| M15.9                   | Polyarthrose  | li re      |
| M18.9                   | Rhizarthrose  | li re      |
| M72.0                   | Morbus Dupuytren                                      | li re      |
| <b>Hüfte</b>            |   |            |
| M16.9                   | Koxarthrose   | li re      |
| M70.6                   | Bursitis trochanterica                                | li re      |
| M19.9                   | Iliosacralarthrose                                    | li re      |
| M53.3                   | Coccygodynie  | li re      |
| <b>Knie</b>             |   |            |
| M76.5                   | Tendinitis der Patellarsehne                          | li re      |
| M17.9                   | Gonarthrose   | li re      |
| <b>Fuss</b>             |   |            |
| 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      |
| <b>Hauterkrankungen</b> |   |            |
| 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      |
| <b>Sonstiges</b>        |   |            |
| M61.9                   | Kalzifikationen von Muskeln (Heterotope Ossifikation) | li re      |
| N62                     | Gynäkomastie  | li re      |
| <b>Freier Text</b>      |   |            |



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

## Radio-Onkologie-Zentrum KSA-KSB

Tellstrasse 25, CH-5001 Aarau

Telefon 062 838 54 08

Telefax 062 838 52 23

radioonkologie@ksa.ch

www.ksa.ch/zentren-kliniken/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.