

## Fragebogen Tumore

### Kunde

Name   
Strasse   
Geschlecht   
Geburtsdatum   
Kundennummer

Vorname   
PLZ / Ort   
Tel.   
eMail   
Antragsnummer

### Diagnose

Datum der Diagnose  Letzte Konsultation   
Körpergrösse  cm Gewicht  kg  
Blutdruck (sys/dia)  /  mmHg  behandelt Datum der Erhebung

	Nein	Ja	Nähere Angaben	Daten
Lokalisation			<input type="text"/>	
Benigne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Maligne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Genauere Histologie*			<input type="text"/>	
Metastasen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="text"/>
Klassifikation TNM, FIGO, andere Behandlung			<input type="text"/>	
Behandlung				
Operation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Reoperation vorgesehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Wann? <input type="text"/>	<input type="text"/>
Radiotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		abgeschlossen am <input type="text"/>
Chemotherapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anzahl Zyklen: <input type="text"/>	abgeschlossen am <input type="text"/>
Knochenmarktransplantation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> allogene <input type="radio"/> autolog	abgeschlossen am <input type="text"/>
			Resultat: <input type="text"/>	
Andere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	

	Nein	Ja	Nähere Angaben	Daten	
<b>Verlauf</b>					
Vollständige Remission	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	seit? <input type="text"/>	
Rezidive	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Anzahl <input type="text"/>	zuletzt <input type="text"/>	
Komplikationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		
<b>Kontrollen</b>					
Letzte medizinische Untersuchungen am				<input type="text"/>	
- Röntgen*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- CT, MRI*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Endoskopie*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Tumormarker (Serum/Gewebe)*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
- Andere Untersuchungen*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Arbeitsunfähigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> volle	<input type="checkbox"/> teilweise	voll arbeitsfähig seit <input type="text"/>
<b>Sind Ihnen noch andere Erkrankungen oder Leiden bekannt? Welche?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>		

Weitere behandelnde Fachärzte/Fachärztinnen?

## Bemerkungen

nein  ja

### \* WICHTIG

Bitte Untersuchungsbefunde, Operations- und Histologieberichte beilegen

Arzt/Ärztin

Telefon

Fax

eMail

Datum

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.