

Fragebogen - Hodgkin-Lymphom/Non-Hodgkin-Lymphom

Kunde

| | | | |
|--------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Name | <input type="text"/> | Vorname | <input type="text"/> |
| Strasse | <input type="text"/> | PLZ / Ort | <input type="text"/> |
| Geschlecht | <input type="text"/> | Tel. | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | eMail | <input type="text"/> |
| Kundennummer | <input type="text"/> | Antragsnummer | <input type="text"/> |

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.

Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin oder den Patienten dazu aufzubieten.**

Körpergrösse: cm Gewicht: kg Datum:

Blutdruck: mmHg systolisch / mmHg diastolisch Datum:

Raucher/Raucherin: nein ja Falls ja, was? Anzahl/Tag? E-Zigaretten: nein ja

Hat früher geraucht: nein ja Seit wann nicht mehr?

Diagnose:

Datum der Diagnose:

Morbus Hodgkin: Stadium IA Stadium IB Stadium IIA Stadium IIB
 Stadium IIIA Stadium IIIB Stadium IV

Non-Hodgkin-Lymphom: niedrigmaligne/indolent: MALT-Lymphome, Marginalzonen-B-Zell-Lymphom
 Stadium I Stadium II Stadium III Stadium IV
 Andere niedrigmaligne Lymphome

hochmaligne/agressiv: Diffus grosszelliges B-Zell-Lymphom, Burkitt-Lymphom, Lymphoblastisches B- oder T-Vorläuferzell-Lymphom, Mantelzell-Lymphom, Echtes Histiocytäres Lymphom, Blastisches NK-Zell-Lymphom, Peripheres T-Zell-Lymphom (PTZL)
 Stadium I Stadium II Stadium III Stadium IV

Hautlymphome: Mycosis fungoides Stadium IA (<10 % der Haut betroffen)
in stabiler Remission seit:

Sonstiges, welches:

Pseudolymphom (kutan und lymphoide gastrische Hyperplasie)
 Primäres Lymphom des zentralen Nervensystems

Ursache:

Behandlung:

- chirurgisch, welche: Datum:
- Strahlentherapie von bis
- Chemotherapie von bis
- Knochenmarkstransplantation oder Injektion von Blutstammzellen Datum:

Ende der Behandlung:

Datum der letzten Konsultation:

Beobachtungsprotokoll:

Datum der letzten Kontrolle:

- radiologische Untersuchung
- Scan, MRT
- Endoskopie
- Tumormarker
- Blutuntersuchungen
- sonstige Untersuchungen:

Ergebnisse:

Weitere Kommentare:

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

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.