

**ANFRAGE ZUR PROTONENTHERAPIE**

**PATIENT**     Herr     Frau

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Land: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Tel. 2: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Anmeldedatum: \_\_\_\_\_

ÄRZTLICHE DIREKTION:  
DR. MED. R. RICHTER  
STRAHLENKLINIK I:  
DR. MED. R. RICHTER  
STRAHLENKLINIK II:  
YI-LAN LIN  
DIAGNOSTIK:  
DR. MED. S. WALTER  
MEDIZINPHYSIK:  
DIPL.-PHYS. C. SKALSKY  
ANÄSTHESIE:  
DR. MED. M. ECKERMANN  
KLINISCHE QUALITÄTSSICHERUNG:  
M. WILMS

POSTANSCHRIFT:  
Schäftlarnstraße 133  
81371 MÜNCHEN

Der Ordnung halber weisen wir darauf hin, dass die von Ihnen übermittelten Daten im RPTC zur Entscheidungsfindung für Ihre Behandlungsmöglichkeit gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ihre Daten werden entsprechend den gesetzlichen Regelungen streng vertraulich behandelt.

**DIAGNOSE**    **Bitte soweit wie möglich ausfüllen. Vollständig ausgefüllte Formulare erleichtern unsere Bearbeitung. Sollten Ihnen Unterlagen nicht selbst zugänglich sein, werden wir schriftlich eine Direktanforderung bei den vorbehandelnden Ärzten nach Eingang dieses Formulars abstimmen.**

Bezeichnung? \_\_\_\_\_

Lokalisation? \_\_\_\_\_

Stadium? \_\_\_\_\_

Checkliste der hilfreichen Unterlagen (soweit vorhanden bitte übersenden):

- Histopathologische Befunde
- Aktueller Arztbericht
- DVD/CD der aktuellsten CT-, MRT-, PET-CT- oder Szintigraphie-Bilder
- Schriftliche Befunde zu CT-, MRT-, PET-CT- oder Szintigraphie-Untersuchungen
- Berichte über zuvor durchgeführte Behandlungen (OP, Chemotherapie, Bestrahlung)

**Es ist von Vorteil, wenn wir vollständige Unterlagen erhalten. Das nachträgliche Anfordern von Unterlagen kann den Beginn der Therapie unnötig verzögern.**

Benötigen wir Untersuchungen, die bei Ihnen noch nicht durchgeführt wurden, können wir Ihnen diese bei uns anbieten; wie z. B. ein CT, MRT, PET-CT, Laboruntersuchungen usw.

**Betreuende Ärzte / Kliniken (wenn vorhanden)**

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Fachrichtung /en: \_\_\_\_\_

**WENN IHR BETREUENDER ARZT AN UNS RÜCKFRAGEN HAT:**

**HOTLINE FÜR ÄRZTE: +49 (0)89 724 67 - 416**

**E-MAIL FÜR ÄRZTE: [arzt@rptc.de](mailto:arzt@rptc.de)**

**VERSICHERUNGSSTATUS** gesetzlich     privat

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Geschäftsstelle \_\_\_\_\_  
Anschrift der Krankenkasse \_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter (falls bekannt) \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (falls bekannt) \_\_\_\_\_

**Begutachtung Ihrer Unterlagen**

Unser Ärzteteam wird Ihren Anfragebogen mit den beigefügten Unterlagen schnellstmöglich dahingehend prüfen, ob bei Ihnen eine Protonentherapie prinzipiell von Vorteil ist. Wir geben Ihnen innerhalb von 5 Arbeitstagen Bescheid. Dies begründet jedoch noch keinen Behandlungsvertrag.

**Direkte Sprechstunde vor Ort**

Alternativ können wir Ihnen auch anbieten, mit möglichst vielen Unterlagen persönlich in eine unserer Sprechstunden am RPTC zu kommen und direkt mit einem Radioonkologen zu sprechen. Einen Termin nach Ihren Wünschen können Sie unter der Tel.: +49 (0)89 660 680 oder unter der e-mail Adresse: [patient@rptc.de](mailto:patient@rptc.de) vereinbaren.

**Bei Problemen...**

Bei medizinischen Problemen können wir Ihnen ein Telefongespräch mit einem Facharzt für Protonentherapie am RPTC anbieten; dieses unter der Telefonnummer +49 (0)89 724 67 - 455 (werktags 09:00 Uhr bis 15:00 Uhr)

**UNTERBRINGUNG****Im Gästehaus am RPTC** ja     nein

Das Gästehaus befindet sich direkt gegenüber dem RPTC. Durch den Standard eines gehobenen 3-4 Sterne Hotels und seiner Nähe zum RPTC bietet das Gästehaus für Patienten und deren Angehörige eine komfortable Unterkunftsmöglichkeit während der Therapie.

**WENN SIE SELBST FRAGEN ZUR BEHANDLUNGSORGANISATION HABEN:****PATIENTEN-HOTLINE: +49 (0)89 660 680****E-MAIL FÜR PATIENTEN: [patient@rptc.de](mailto:patient@rptc.de)**

**Rückkommunikation erfolgt durch das RINECKER PROTON THERAPY CENTER. Die Rücksendung dieses Bogens und seine Bearbeitung begründen noch nicht den Behandlungsvertrag!**

**BITTE SENDEN SIE DEN AUSGEFÜLLTEN BOGEN AN:**

**RINECKER PROTON THERAPY CENTER, Schäftlarnstraße 133, 81371 München  
oder per Fax an: +49 (0)89 724 67-321 oder per Mail an: [patient@rptc.de](mailto:patient@rptc.de)**