Praxisanschrift, zuständige Ärztin/zuständiger Arzt (mit Telefon-, Faxnummer und E-Mail-Adresse, bitte deutlich)	Helixor Heilmittel GmbH Fischermühle 1 72348 Rosenfeld **Therapieberatung** **Tel.: 0800 935 3440*** **Fax: 0800 935 3500*** **E-Mail: beratung@helixor.de** **Internet: www.helixor.de** *gebührenfrei in Deutschland

Ich nehme einen unverbindlichen Service der Helixor Heilmittel GmbH in Anspruch. Der Service erfolgt kostenfrei, ohne dass hierfür die Helixor Heilmittel GmbH vertragliche Verpflichtungen entstehen. Mir ist bewusst, dass weder zwischen mir noch meinen Patient*innen und der Helixor Heilmittel GmbH vertragliche Verpflichtungen, insbesondere kein Behandlungsvertrag, begründet werden. **Bitte vollständig ausfüllen:**

Patientencode:** Initialen: _____ | _____ (Nachname / Vorname) Geburtsdatum: _____ | _____ (JJJJ / F = Frau | M = Mann) Monat | Tag: _____ (MM.TT)

Tumordiagnose: _____

Tumorstadium (z. B. TNM): _____

Patient*in zzt. tumorfrei? ☐ ja wenn nein: ☐ Primärtumor ☐ Fernmetastasen ☐ Hirnmetastasen ☐ Rezidiv

Therapien:

OP	☐ nein	☐ ja, wann? _____ (MM.JJJJ)			☐ geplant
Chemotherapie	☐ nein	wenn ja:	☐ abgeschlossen	☐ nicht abgeschlossen	☐ geplant
Strahlentherapie	☐ nein	wenn ja:	☐ abgeschlossen	☐ nicht abgeschlossen	☐ geplant
Antihormontherapie	☐ nein	wenn ja:	☐ abgeschlossen	☐ nicht abgeschlossen	☐ geplant
Targeted Therapy/ Immuntherapie	☐ nein	wenn ja:	☐ abgeschlossen	☐ nicht abgeschlossen	☐ geplant
		welche? _____			

Allergie/Atopie: ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Autoimmunerkrankungen: ☐ nein ☐ ja, welche? _____

floride? ☐ ja ☐ nein immunsuppressive Therapie? ☐ ja ☐ nein

Sonst. Begleiterkrankungen:
(u. a. entzündliche Erkrankungen, Fieber) ☐ nein ☐ ja, welche? _____

Aktuelle/frühere Misteltherapie: ☐ nein ☐ ja _____ (von MM.JJJJ) – _____ (bis MM.JJJJ) / _____ (zuletzt: Produkt/Sorte/Dosis)

Allgemeinbefinden: ☐ gut ☐ tolerabel ☐ reduziert

Konstitution: ☐ schlank ☐ normal ☐ adipös

Spezielle Fragen:

**Zur Wahrung des Datenschutzes bitten wir Sie, Patientendaten nur in codierter Form an uns zu übermitteln.
Datenschutzhinweis: Die Helixor Heilmittel GmbH erfasst, speichert und verarbeitet die von Ihnen übermittelten Daten nur zum Zweck der Beantwortung Ihrer Anfrage sowie für den Fall, dass Anschlussfragen entstehen. Die Folge der Datenverarbeitung ist eine individuelle Serviceleistung. Die vollständigen Angaben zum Datenschutz und Ihren Rechten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung unter: www.helixor.de/intern/datenschutz

Art.-Nr. 8000080 | Stand 09/2023

Helixor