

## Anfrage Therapieempfehlung



**Infoline für medizinische Beratung**  
**Telefon: 0800 706 70 00 (kostenlos)**  
**Fax: 07621 162 26 02**

**E-Mail: infoline@iscador.de**  
**www.iscador.com**

**Iscador AG**  
**Spitalstraße 22**  
**79539 Lörrach**

Wir bitten um lesbare und vollständige Angaben, da sonst eine Erstellung der ISCADOR®-Therapieempfehlung nicht möglich ist.

**Absender:in** ☐ Arzt/Ärztin ☐ Heilpraktiker:in ☐ Apotheke

Titel, Vorname, Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

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

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

Antwort erwünscht per: ☐ Fax ☐ E-Mail ☐ Telefon; am besten erreichbar am: \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Ich beauftrage die Iscador AG, Spitalstr. 22, 79539 Lörrach, mich medizinisch zu beraten mit einem für mich kostenfreien, unverbindlichen, individuellen Behandlungsvorschlag gemäß meinen Angaben. Meine persönlichen Daten werden zum Zweck der Kontaktaufnahme und der Information zur Iscador AG und ihren Produkten gespeichert und verarbeitet. Sie werden nur für diese Zwecke verwendet und nicht an unberechtigte Dritte weitergegeben. Die Daten können an den Hauptsitz der Iscador AG in der Schweiz übertragen werden, ein Drittland mit lt. EU-Kommission angemessenem Datenschutzniveau. Ich habe das Recht zu erfahren, was über mich gespeichert ist, z. B. telefonisch +49 7621 162 26 00 oder per E-Mail info@iscador.de.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Patientendaten:** Initialen: \_\_\_\_\_ ☐ weiblich ☐ männlich Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname Tag Monat Jahr

**Tumordiagnose:** \_\_\_\_\_

**Erstdiagnose:** \_\_\_\_\_ Monat Jahr Rezidiv: ☐ nein ☐ ja, seit: \_\_\_\_\_

Metastasen: ☐ nein ☐ ja, welche \_\_\_\_\_

Bei Mamma-Ca: ☐ prämenopausal ☐ perimenopausal ☐ postmenopausal (auch medikamentös bedingt)

<b>Therapien:</b>	Operation	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, wann? _____	<input type="checkbox"/> geplant	<b>Allgemeinzustand:</b> <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> reduziert
	Chemotherapie	<input type="checkbox"/> nein,	wenn ja: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft	<input type="checkbox"/> geplant	
	Radiotherapie	<input type="checkbox"/> nein,	wenn ja: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft	<input type="checkbox"/> geplant	
	Hormontherapie	<input type="checkbox"/> nein,	wenn ja: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft	<input type="checkbox"/> geplant	
	Immuntherapie	<input type="checkbox"/> nein,	wenn ja: <input type="checkbox"/> abgeschlossen <input type="checkbox"/> läuft	<input type="checkbox"/> geplant	

**Weiteres:** bekannte Mistelallergie ☐ nein ☐ ja, Wirtsbaum: \_\_\_\_\_  
 akute entzündliche bzw. hoch fieberhafte Erkrankung ☐ nein ☐ ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
 chronisch granulomatöse Erkrankung ☐ nein ☐ ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
 floride Autoimmunerkrankung ☐ nein ☐ ja, und zwar: \_\_\_\_\_  
 Hyperthyreose mit Tachykardie ☐ nein ☐ ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Weitere Fragen/Informationen:** \_\_\_\_\_