

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

Ich nehme einen unverbindlichen Service der Helixor Heilmittel GmbH in Anspruch. Der Service erfolgt kostenfrei, ohne dass hier für 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:   Geburtsdatum:   Monat | Tag:

Nachname Vorname JJJ F = Frau | M = Mann MM.TT

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

Tumorstadium (z. B. TNM): \_\_\_\_\_

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

**Therapien:**  
 OP  nein  ja, wann? \_\_\_\_\_  geplant  
MM.JJJJ

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](http://www.helixor.de/intern/datenschutz)  
 Art.-Nr. 8000080 | Stand 01/2022