Bitte um Rücksendung an: DEGRO Geschäftsstelle, Reinhardtstr. 47, 10117 Berlin
Telefax: 030 8441 9189 E-Mail: office@degro.org

Krankenhaus / Praxis

Abt. / Klinik

Straße

PLZ

Stadt

Abt. Leiter (Name)

Funktion

Praxisinhaber (Name)

Telefon

e-mail:

web:

Zahlen: Ärzte gesamt: **Fachärzte Radioonkologie:**

Ärzte in Weiterbildung:

Physiker: **Techniker:**

Selbständiger Abteilungsleiter Physik? ja / nein

Psychologe:

Zahlen: Beschleuniger: **Kobalt:** **Kilovolt:**

Afterloading **Simulator:** **CT:** **Cone beam CT:**

Planungssysteme: IMRT: ja / nein

VMAT**:** ja / nein

SBRT**:** ja / nein

SRT**:** ja / nein

Spezialitäten:

Zahl der Betten: **Weiterbildung RO Jahre:**

Leistungszahlen

neue Patienten / Jahr:

neue Patienten Afterloading / Jahr:

Art der Abt. (bitte unterstreichen) Universitätsklinik / Krankenhausabteilung / Praxis / MVZ

Tumorzentren: ja / nein **(wenn ja, welche?)**