

**Überweisung meiner Patientin an das Brust Zentrum**

Name, Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse, Haus-Nr:	Tel.-Nummern:
PLZ, Ort:	E-Mail Adresse Patientin:

**Versicherungsklasse**

Allgemein     Halbprivat     Privat

**Überweisungsgrund/Fragestellung:**

Unklarer Befund Mamma                       gesichertes Mammakarzinom  
 Verlaufskontrolle Mamma                     Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 V.a. Mammakarzinom

Zuweisung für Diagnostik                       Zuweisung für Operation  
 Zuweisung für Verlaufskontrolle            Operateur: \_\_\_\_\_  
 Zuweisung für Nachsorge                      Assistenz: \_\_\_\_\_

**Relevante Anamnese und Befunde:**

links                       rechts                       beidseits

**Medikamente:** \_\_\_\_\_

**Beilagen:**

Berichte                       Laborbefunde                       \_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Absender:** \_\_\_\_\_

**Brust Zentrum  
Hirslanden Klinik Aarau**  
Schänisweg  
CH-5001 Aarau  
T +41 62 836 78 40  
F +41 62 836 74 71

brustzentrum.aarau@hirslanden.ch

[www.hirslanden.ch](http://www.hirslanden.ch)