

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