

# ANMELDUNG MAMMA-DIAGNOSTIK

NAME: \_\_\_\_\_  
 VORNAME: \_\_\_\_\_  
 STRASSE: \_\_\_\_\_  
 PLZ/ORT: \_\_\_\_\_  
 TELEFON P/G/MOBILE: \_\_\_\_\_  
 GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_  
 KOSTENTRÄGER: \_\_\_\_\_  
 VERS.-/UNFALL-NR.: \_\_\_\_\_  
 KARTEN-NR.: \_\_\_\_\_  
 AHV-NR.: \_\_\_\_\_

Etikette der Patientin

**TERMINWUNSCH** BIS SPÄTESTENS: \_\_\_\_\_

 Bitte aufbieten

Falls Voraufnahmen vorhanden, bitte mitgeben/uns zukommen lassen.

**BESTÄTIGTER TERMIN:**

DATUM: \_\_\_\_\_

ZEIT: \_\_\_\_\_

**GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG**
 **MAMMOGRAPHIE:**     BEIDE SEITEN IN 2 EBENEN     BEIDE SEITEN IN 1 EBENE     EINE SEITE: \_\_\_\_\_

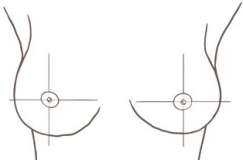
 WEITERE ABKLÄRUNG NACH ERMESSEN DES SENOLOGISCHEN RADIOLOGEN

 FALLS BEFUND, WEITERE ABKLÄRUNG IM BRUSTZENTRUM

 **ULTRASCHALL:**     EINE SEITE: \_\_\_\_\_

 MRT

**INTERVENTION**
 **CORE-BIOPSIE**     FNP     **VAKUUM-BIOPSIE:**     ULTRASCHALL GESTEUERT     STEREOTAKTISCH     MRT-GESTEUERT

**KLINISCHE ANGABEN**

 Reserviert  
intern

**ANAMNESE**

 SCHWANGERSCHAFT:     JA     NEIN

 Z.N. MAMMA-KARZINOM     MAMMA-IMPLANTATE     PATIENTIN POSTMENOPAUSAL     PATIENTIN UNTER HRT

 FAMILIENANAMNESE POSITIV FÜR MAMMA-KARZINOM/OVARIAL-KARZINOM, WER BETROFFEN? \_\_\_\_\_

IN GYNÄKOLOGISCHER BEHANDLUNG BEI: \_\_\_\_\_

**WICHTIG BEI MRT-/CT-UNTERSUCHUNG** (bitte vollständig ausfüllen)

	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
PACEMAKER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROSTIMULATOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALLERGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÖRGERÄT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FREMKÖRPER (METALL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KLAUSTROPHOBIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSULINPUMPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZAHNPROTHESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NIERENERKRANKUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPANDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLUTZUCKER-SENSORPFLASTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCHILDDRÜSENÜBERFUNKTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Zahnimplantate unbedingt vorher von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt herausnehmen lassen.

→ Make-up, Deodorant und Bodylotion beeinflussen die MRT-Untersuchung und sollten wenn möglich nicht getragen werden.

**WICHTIG BEI INTERVENTION** (bitte vollständig ausfüllen)

QUICK: \_\_\_\_\_ THROMBO: \_\_\_\_\_ ANTIKOAGULATION: \_\_\_\_\_

**BEFUNDKOPIE**
**DATUM:** \_\_\_\_\_ **KONTAKTDATEN VERORDNENDE ÄRZTIN/VERORDNENDER ARZT**

(bitte vollständig ausfüllen):

PRAXISNAME: \_\_\_\_\_

NAME UND VORNAME ÄRZTIN/ARZT: \_\_\_\_\_

FACHGEBIET: \_\_\_\_\_

ADRESSE: \_\_\_\_\_ PLZ/ORT: \_\_\_\_\_

TELEFONNUMMER: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

# SO ERREICHEN SIE UNS

Institut für Radiologie und  
Nuklearmedizin Klinik St. Anna  
Mamma-Diagnostik  
St. Anna-Strasse 32  
6006 Luzern

radiologie.stanna@hirslanden.ch  
www.hirslanden.ch/radiologie-stanna

Anmeldung Radiologie

T +41 41 208 30 30  
F +41 41 208 30 26

**Leiterin Team Senologische Radiologie:**

Dr. med. Romana Goette, Fachärztin für Radiologie

www.brustzentrum-stanna.ch

Angemeldet zur Untersuchung am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_



- Brust-Diagnostik
  - Punktionen
  - MRT
- Klinik St. Anna

## FACHSPEZIALISTINNEN, FACHSPEZIALISTEN UND KERNTTEAM DES BRUSTZENTRUMS KLINIK ST. ANNA

**Kernteam Operative Senologie**

Dr. med. Michael Cebulla  
Prof. Dr. med. Peter Dubsky  
Prof. Dr. med. Andreas Günther  
Dr. med. Maysoon Iraki  
Susanne Vatterott

**Nuklearmedizin**

Dr. med. Udo Schirp und Team

**Radiologie**

Dr. med. Romana Goette und Team

**Onkologie**

Dr. med. Hubert Schefer  
Dr. med. Christian Spirig  
Dr. med. Marco Dressler  
Dr. med. Theresia Hardegger  
Dr. med. Nicole Mutter-Borgognon

**Plastische, Rekonstruktive  
und Ästhetische Chirurgie**

Prof. Dr. med. Dominique Erni  
Dr. med. Eva Rüegg

**Breast Care Nurse**

Ilona Wagner

**Gynäkologie**

Dr. med. Stefanie Amann  
Urs Bohl

Dr. med. Roxana Buf  
Dr. med. Frank W. Bouwmeester  
Dr. med. Frank Brenn  
Dr. med. A.-C. Girard Netzer  
Dr. med. Bastienne Mattei  
Dr. med. Vladimir Paseka  
Dr. med. Annette Peyser  
Dr. med. Inge Ruhe  
Dr. med. Giuseppina Russo  
Dr. med. Sabine Steimann

# ANMELDUNG MAMMA-DIAGNOSTIK

BITTE SENDEN SIE UNS NEUE FORMULARE «ANMELDUNG MAMMA-DIAGNOSTIK» ZU.

**KLINIK ST. ANNA**  
RADIOLOGIE / MAMMA-DIAGNOSTIK  
ST. ANNA-STRASSE 32  
6006 LUZERN  
T +41 41 208 30 30  
F +41 41 208 30 26

RADIOLOGIE.STANNA@HIRSLANDEN.CH

**PRAXISSTEMPEL:**

Klinik St. Anna  
Radiologie / Mamma-Diagnostik  
St. Anna-Strasse 32  
6006 Luzern

Klinik St. Anna  
Radiologie / Mamma-Diagnostik  
St. Anna-Strasse 32  
6006 Luzern