

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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Unklarer Befund Mamma
<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle Mamma
<input type="checkbox"/> V.a. Mammakarzinom

<input type="checkbox"/> Zuweisung für Diagnostik
<input type="checkbox"/> Zuweisung für Verlaufskontrolle
<input type="checkbox"/> Zuweisung für Nachsorge | <input type="checkbox"/> gesichertes Mammakarzinom
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

<input type="checkbox"/> Zuweisung für Operation
Operateur: _____
Assistenz: _____ |
|--|---|

Relevante Anamnese und Befunde:

links rechts beidseits

Medikamente: _____

Beilagen:

Berichte Laborbefunde _____

Datum: _____

Absender: _____