

ÜBERWEISUNG MEINER PATIENTIN AN DAS BRUSTZENTRUM

NAME, VORNAME: _____ GEBURTSDATUM: _____
STRASSE, NR.: _____ TEL.-NUMMER: _____
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 OPERATEURIN/OPERATEUR: _____
 ZUWEISUNG FÜR NACHSORGE ASSISTENZ: _____

RELEVANTE ANAMNESE UND BEFUNDE

LINKS RECHTS BEIDSEITS
BEREITS STATTFGEFUNDENE UNTERSUCHUNGEN IN DEN LETZTEN 14 TAGEN: _____

MEDIKAMENTE: _____

BITTE SÄMTLICHE LABOR- UND ARZTBERICHTE MITSENDEN.

DATUM: _____ ABSENDER: _____

Für Radiologieanmeldungen benutzen Sie bitte das Anmeldeformular Radiologien.
Diese finden Sie unter www.brustzentrum-zürichsee.ch

