

**Transfert de ma patiente au Centre du sein Berne Bienne**

Nom, prénom :	Date de naissance :
Adresse (rue, numéro) :	Numéros de téléphone :
NPA / Localité :	E-mail de la patiente :

**Catégorie d'assurance**Division  
communeDivision  
semi-privéeDivision  
privée**Motif de consultation :**

- Examen clinique équivoque       Carcinome mammaire avéré  
 Suivi       Autres :  
 Carcinome mammaire soupçonné
- Demande de diagnostic  
 Demande d'un suivi  
 Demande d'un suivi postopératoire

**Anamnèse et examens cliniques :**

gauche

droite

des deux côtés

**Médicaments :****Annexes :**

- 
- Rapport médical
- 
- Résultats de laboratoire
- 

**Date :**

Expéditeur :

**Veillez renvoyer le formulaire à [centre-du-sein.bienne@hirslanden.ch](mailto:centre-du-sein.bienne@hirslanden.ch).**