

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
commune

Division
semi-privée

Division
privée

Motif de consultation :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Examen clinique équivoque | <input type="checkbox"/> Carcinome mammaire avéré |
| <input type="checkbox"/> Suivi | <input type="checkbox"/> Autres : |
| <input type="checkbox"/> Carcinome mammaire soupçonné | |
| <input type="checkbox"/> Demande de diagnostic | |
| <input type="checkbox"/> Demande d'un suivi | |
| <input type="checkbox"/> 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.

CENTRE DU SEIN BERNE BIENNE
SITE DE BIENNE
2501 BIENNE

T +41 32 366 42 60

CENTRE-DU-SEIN.BIENNE@HIRSLANDEN.CH
WWW.CENTRE-DU-SEIN-BERNE-BIENNE.CH