

**Überweisung meiner Patientin an das Brustzentrum Bern Biel**

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"/> gesichertes Mammakarzinom |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle Mamma | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> V.a. Mammakarzinom | |
-
- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Zuweisung für Diagnostik |
| <input type="checkbox"/> Zuweisung für Verlaufskontrolle |
| <input type="checkbox"/> Zuweisung für Nachsorge |

Relevante Anamnese und Befunde:

links

rechts

beidseits

Medikamente:**Beilagen:** Berichte Laborbefunde**Datum:**

Absender:

Bitte Formular an brustzentrum.biel@hirslanden.ch senden.