

**Überweisung meiner Patientin an das Brustzentrum Bern**

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 Operation   |
| <input type="checkbox"/> Zuweisung für Verlaufskontrolle | Operateur:   |
| <input type="checkbox"/> Zuweisung für Nachsorge         | Assistenz:   |

**Relevante Anamnese und Befunde:**

links

rechts

beidseits

**Medikamente:**

**Beilagen:**

- Berichte     Laborbefunde

**Datum:**

Absender:

**Bitte Formular an [brustzentrum.bern@hirslanden.ch](mailto:brustzentrum.bern@hirslanden.ch) oder per Fax an +41 31 337 89 71 senden.**

BRUSTZENTRUM BERN BIEL  
SCHÄNZLISTRASSE 33  
CH-3013 BERN

T +41 31 337 89 70  
F +41 31 337 89 71

BRUSTZENTRUM.BERN@HIRSLANDEN.CH  
WWW.BRUSTZENTRUM-BERN-BIEL.CH