

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 oder per Fax an +41 31 337 89 71 senden.

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