

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

Nom, prénom:	Date de naissance:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse (rue, numéro):	Numéros de téléphone:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
NPA/ Localité:	Adresse e-mail de la patiente:
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Catégorie d'assurance**

- Division commune     Division semi-privée     Division privée

**Motif de consultation**

- Examen clinique équivoque     Carcinome mammaire avéré  
 Suivi     Autres:   
 Carcinome mammaire soupçonné
- Demande d'un diagnostic     Transfert pour opération  
 Demande d'un suivi    Operateur:   
 Demande d'un suivi postopératoire    Assistant:

**Anamnèse et examens cliniques:**

- gauche     droite     des deux côtés
- 

**Médicaments:**

**Annexes:**     Radiographie     Rapports médicaux     Résultats de laboratoire   

**Date:**     **Expéditeur:**

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