HIRSLANDEN
KLINIK LINDE – CLINIQUE DES TILLEULS
BRUSTZENTRUM BERN BIEL

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:

☐ Unklarer Befund Mamma
☐ Verlaufskontrolle Mamma
☐ V.a. Mammakarzinom
☐ gesichertes Mammakarzinom
☐ Sonstiges:

☐ Zuweisung für Diagnostik
☐ Zuweisung für Verlaufskontrolle
☐ Zuweisung für Nachsorge
☐ Zuweisung für Operation
Operateur:
Assistenz:

Relevante Anamnese und Befunde: ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits

Medikamente:

Beilagen: ☐ Röntgenbefunde ☐ Berichte ☐ Laborbefunde ☐

Datum: Absender:

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

BRUSTZENTRUM BERN BIEL
STANDORT BIEL
BLUMENRAIN 91
2501 BIEL

T +41 32 366 42 60

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