

**Anmeldung  
Mammasprechstunde  
Brustzentrum Basel Bethesda Spital**

**Tel. +41 (0)61 315 23 80, Fax +41 (0)61 315 25 82**

E-Mail: [brustzentrum@bethesda-spital.ch](mailto:brustzentrum@bethesda-spital.ch)

**PatientIn**

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Geburtsdatum: .....  
 Strasse: .....  
 PLZ, Ort: .....  
 Tel. Nummer: .....  
 Krankenkasse: .....  
 Versichertennummer:.....

**Zuweisungsgrund**

.....  
 .....

**Fragestellung**

.....  
 .....

**Organisatorische Wünsche:**

.....  
 .....

<b>Bildgebung vorhanden?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Wenn Bildgebung vorhanden, bitte Namen Röntgeninstitut angeben:		
.....		
<b>Histopathologie durchgeführt?</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
Wenn Histopathologie durchgeführt, bitte Namen Pathologieinstitut angeben:		
.....		
<b>Die Patientin ist damit einverstanden, dass das Brustzentrum Basel Bethesda Spital die Resultate anfordert?</b>		
	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>

**Zuweisende(r) Ärztin / Arzt**

Name: .....  
 Vorname: .....  
 Strasse: .....  
 PLZ, Ort: .....  
 Tel. Nummer: .....  
 E-Mail: .....

**Datum:** .....

**Unterschrift:** .....