

**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

PatientIn

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

Krankenkasse:
Versichertennummer:.....

Zuweisungsgrund

.....
.....

Fragestellung

.....
.....

Organisatorische Wünsche:

.....
.....

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

Zuweisende(r) Ärztin / Arzt

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

Datum:

Unterschrift: