

ANMELDUNG SENELOGISCHE DIAGNOSTIK

Bethesda Spital AG
 Gellertstrasse 144
 Postfach 2372
 4002 Basel

Abteilung Radiologie
 Tel. +41 61 315 22 77
 Fax +41 61 315 22 83
 radiologie@bethesda-spital.ch

Chefarzt Radiologie
 PD Dr. med. E. Kirsch

Leading Core Team Mammadiagnostik
 Dr. med. Pia Trabucco

Personalien Patient/in:

Name: Vorname:
 Strasse/Nr.: PLZ/Ort:
 Telefon Privat/Mobile: Telefon Geschäft:
 Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich
 Krankenkasse.: Mitgliednummer.:
Termin am: **um:**

Patient/in aufbieten

Gewünschte Untersuchung/Region:

..... **One Stop Diagnostik** bei Vd.a. Mammakarzinom (Mammographie, Ultraschall, Biopsie)
 Mammographie Ultraschall Mamma
 MRI Mamma Präoperative Drahtmarkierung
 Biopsie: Staging:
 Ultraschall Stanzbiopsie Röntgen Thorax/Ultraschall Abdomen
 Vakuumsaugbiopsie (Mammotome): CT Thorax/Abdomen
 im Ultraschall
 stereotaktisch

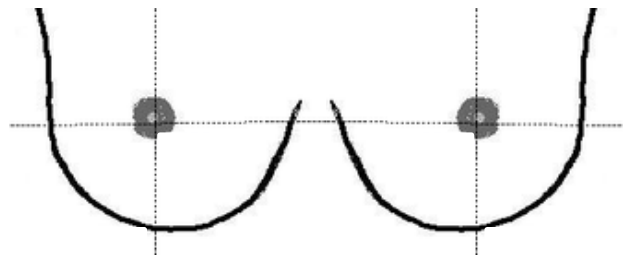
Klinische Angaben/Fragestellung

Persönliche Anamnese:

..... Status nach Brustoperation Brustvergrößerung Brustverkleinerung
 Karzinom: Gutartige Veränderung
 Wo: Familiäre Belastung:
 Wann: Ja Nein

Klinik:

..... Sekretion Palpatationsbefund (bitte Zone ankreuzen)
 Ja Nein
 Links Rechts
 Status nach Bestrahlung
 Mastitis
 Mastopathie fibrocystica
 Trauma



Zusätzliche Bemerkungen zum Palpatationsbefund (Optional)

Voruntersuchungen Extern:

Was: Wann:

Wo: Bemerkungen:

Zyklus:

Letzte Periode: Menopause: Ja Nein

Hormoneinname: Ja Nein Bemerkungen:

Befundübermittlung

..... Telefonisch auf Per Fax an

..... Per Email auf CD mitgeben

..... Kopie an: Bemerkungen:

Absender-Informationen

Praxis-Adresse:

Ort/Datum: Name/Vorname:

Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen