

**Anmeldung Mammographie**

|  |
| --- |
| Patientin:  Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse  Versicherung:  Telefon:  Natel: |

Radiologie Anmeldung

Tel 041 618 17 61

Fax 041 618 17 69

www.ksnw.ch

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patientin bitte aufbieten:  □ sofort  □ im Zeitraum: | Voraufnahmen:  □ ja □ nein  Wann:  Wo: | | Termin: |
| **Gewünschte Untersuchung:**  **Mammografie:**  □ Diagnostische Mammografie ( z.B. Tastbefund, Beschwerden, Nachsorge, Brustveränderungen,  Kontrollen etc.)  □ Mammografie bei fam. Risikokonstellation  □ Mammografie allgemein  **Sonografie:**  □ ja □ nein | | | |
| Klinische Angaben: | | | |
| Fragestellung: | | | |
| Zuweisender Arzt: | | Befundkopie an: | |