

**Anmeldung Mammographie**

|  |
| --- |
| Patientin:Name, Vorname, Geb.-Datum, AdresseVersicherung: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 □ neinWann: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: |