Kantonsspital Nidwalden

Anmeldung Mammographie

Radiologie Anmeldung

Tel 041 618 17 61

Fax 041 618 17 69

www.ksnw.ch

Patientin:

Name, Vorname, Geb.-Datum, Adresse

Versicherung:

Telefon:

Natel:

Patientin bitte aufbieten:	Voraufnahmen:	Termin:
□ sofort □ im Zeitraum:	□ ja □ nein Wann: Wo:	

<u>Gewünschte Untersuchung:</u>

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: