|  |
| --- |
| [ ]  **Patient bitte aufbieten**       |
| [ ]  **Patient hat Termin am:**   |

|  |
| --- |
| **Anmeldung zur stereotaktischen Brustbiopsie (Vacuumbiopsie)** |
|  |
| **Zuweiser:** |
| Dr. med. / Spital:       | Strasse, Nr.:       |
| PLZ, Ort:       | Telefon:       |
|  | Email:       |
| Name:       | Vorname:       |  |
| Geb. Datum (Tag, Monat, Jahr):       | Telefon Privat:       |
| Strasse, Nr.:       | Telefon Handy:       |
| PLZ/Ort:       | Telefon Geschäft:       |
| **Kostenträger:** | [ ]  Krankenkasse[ ]  Selbstzahler | **Name Krankenkasse und Mitglieder-Nr.:**      |
| **Beilagen:** | [ ]  Mammografie Befund | [ ]  CD |
| [ ]  Die elektronische Übermittlung von Bildern kann unter nachfolgendem Kontakt angefragt werden:       |
| **Diagnose /Befund:**       |
|  |
|       |
| Methode: | Stereotaktische Biopsie | [ ]  mit Mammografie [ ]  mit MR |
| Biopsieort: |  | [ ]  Mamma rechts [ ]  Mamma links |
| Medikation: | Antikoagulation /ThrombozytenaggregationWenn ja, welche?  | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **Allergien / Implantate** (z.B. Herzschrittmacher / ICD):  |
| **Ich wünsche nach der Biopsie folgendes Prozedere:** |
| [ ]  nur Biopsie      [ ]  Biopsie und schriftliche Therapieempfehlung      [ ]  Biopsie und Besprechung der Histologie mit Patientin und Übernahme allfälliger weiterer Behandlungen       |
| **Datum**  | **Ärztin/Arzt (Stempel und Unterschrift):**      |
| **Befundkopie an:**  |

**Bitte Anmeldeformular per Post, E-Mail oder Fax an das Institut für
Radiologie und Nuklearmedizin senden!**