|  |
| --- |
| **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 /Thrombozytenaggregation  Wenn 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!**