

# ANMELDUNG MAMMA-DIAGNOSTIK

## TERMINWUNSCH

 PATIENTIN BITTE AUFBIETEN BIS SPÄTESTENS: 
**BESTÄTIGTER TERMIN**    DATUM:     ZEIT: 

NAME:     VORNAME:     GEBURTSDATUM:   
 STRASSE:     PLZ/ORT:    
 AHV-NR.:     MOBIL/TEL.:    
 GESETZ     VERS.-NR.:     UNFALL-NR./-DATUM:    
 KOSTENTRÄGER

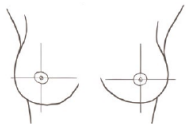
## GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

 **MAMMOGRAPHIE:**     Beide Seiten in 2 Ebenen     Beide Seiten in 1 Ebene     Eine Seite: 
 **WEITERE ABKLÄRUNG NACH ERMESSEN DES SENOLOGISCHEN RADIOLOGEN**
 **FALLS BEFUND, WEITERE ABKLÄRUNG IM BRUSTZENTRUM**
 **ULTRASCHALL:**     Eine Seite: 
 **MRI:**

## INTERVENTION

 **CORE-BIOPSIE**     **FNP**     **VAKUUM-BIOPSIE:**     Ultraschall gesteuert     stereotaktisch     MRT-gesteuert

## KLINISCHE ANGABEN




## RESERVIERT

## ANAMNESE

 SCHWANGERSCHAFT:     JA     NEIN

 Z.N. MAMMA-KARZINOM     MAMMA-IMPLANTATE     PATIENTIN POSTMENOPAUSAL     PATIENTIN UNTER HRT

 FAMILIENANAMNESE POSITIV FÜR MAMMA-KARZINOM/OV ARIAL-KARZINOM, WER BETROFFEN? 

 IN GYNÄKOLOGISCHER BEHANDLUNG BEI: 

## WICHTIG BEI MRT-/CT-UNTERSUCHUNG (bitte vollständig ausfüllen)

	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
PACEMAKER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROSTIMULATOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALLERGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÖRGERÄT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FREMDKÖRPER (METALL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KLAUSTROPHOBIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSULINPUMPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZAHNPROTHESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NIERENERKRANKUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPANDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLUTZUCKER-SENSORPFLASTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCHILDDRÜSENÜBERFUNKTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Zahnimplantate unbedingt vorher von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt herausnehmen lassen.

→ Make-up, Deodorant und Bodylotion beeinflussen die MRT-Untersuchung und sollten wenn möglich nicht getragen werden.

## WICHTIG BEI INTERVENTION (bitte vollständig ausfüllen)

 QUICK:     THROMBO:     ANTIKOAGULATION: 

## BEFUNDKOPIE

 MAIL: 

 DATUM 

## VERORDNENDE ÄRZTIN/VERORDNENDER ARZT

 MAIL: 

 GLN:     ZSR: 

## Elektronische Übermittlung

 Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an das **Brust-Zentrum Klinik St. Anna**.