

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

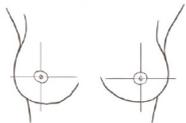
GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

 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**.