

Radiologie - Anmeldung Mammographie/Mammosonographie

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geschlecht:
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon:	Krankheit/Unfall:

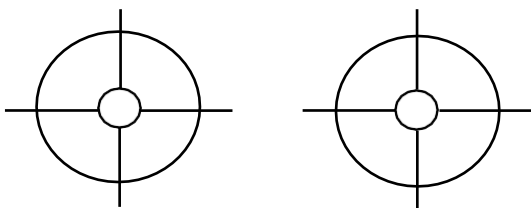
Gewünschte Untersuchung:

- ☐ Mammographie
☐ Mamma-Sonographie
☐ Mammographie und Sonographie

1. Persönliche Anamnese

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Mastitis puerp/nonpuerp | ☐ plastische Operationen | ☐ Probeexzisionen |
| ☐ Trauma | ☐ Karzinom | ☐ Mastopathia cystica / fibrosa |

2. Palpationsbefund (Bitte in Skizze einzeichnen)



3. Sekretion

- ☐ Ja ☐ Nein ☐ rechts ☐ links

4. Zyklus

Letzte Periode: _____ Menopause: ☐ Ja ☐ Nein

5. Hormoneinnahme

- ☐ Ja ☐ Nein

6. Familiäre Belastung

- ☐ Ja ☐ Nein

7. Bemerkungen

8. Berichterstattung per

- ☐ Mail ☐ A-Post ☐ Telefon

Befundkopie an: _____

- ☐ Zustellung der Bilder erwünscht

9. Zuweisender Arzt / Datum

(Stempel und Unterschrift)

Kontakt

Sollten Sie noch Fragen haben oder weitere Informationen benötigen, so sind wir wie folgt erreichbar:

- Tel. +41 62 746 58 03
- Fax +41 62 746 58 88
- radiologie@spitalzofingen.ch