**Überweisung meiner Patientin für eine konsiliarische Mitbeurteilung am «frauenarztzentrum aargau ag»**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Name, Vorname: | | Geburtsdatum: |
| Strasse, Haus-Nr.: | Tel.-Nummern: | |
| PLZ, Ort: | e-Mail Adresse Patientin: | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Überweisungsgrund**/**Fragestellung für konsiliarische Mitbeurteilung:** | |
| 🞎 Befund Mamma | 🞎 Auffälliger Befund Cervix |
| 🞎 Blutungsstörung/Postmenopausenblutung | 🞎 Auffälliger Befund Vulva |
| 🞎 Adnexbefund | 🞎 Sonstiges: |
| 🞎 Auffälliger Befund Uterus/Endometrium |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞎 Zuweisung für eine Operation: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | |
| 🞎 Diagnose: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | |
| **Relevante Anamnese und Befunde:** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medikamente:** | | | |
| **Beilagen:** | | 🞎 Berichte | 🞎 Laborbefunde | 🞎 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum:** |  | Absender (Stempel): |