**Überweisung meiner Patientin an das Brust Zentrum**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versicherungsklasse** | 🞎 Allgemein | 🞎 Halbprivat | 🞎 Privat |

|  |
| --- |
| **Überweisungsgrund**/**Fragestellung:** |
| 🞎 Unklarer Befund Mamma | 🞎 V.a. Mammakarzinom |
| 🞎 Benigner Befund Mamma | 🞎 gesichertes Mammakarzinom |
| 🞎 Verlaufskontrolle Mamma | 🞎 Sonstiges: |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞎 Zuweisung für Diagnostik | 🞎 Zuweisung für Operation |
| 🞎 Zuweisung für Verlaufskontrolle | 🞎 Zuweisung für Nachsorge |
|  |  |
| **Relevante Anamnese und Befunde:** 🞎 links 🞎 rechts 🞎 beidseits |

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

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