

ANMELDUNG SENELOGISCHE DIAGNOSTIK

Personalien Patient/in:

Name: Vorname:

Strasse/Nr.: PLZ/Ort:

Telefon Privat/Mobile: Telefon Geschäft:

Geburtsdatum: Geschlecht: weiblich männlich

Krankenkasse.: Mitgliednummer.:

Termin am: **um:**

Patient/in aufbieten

Gewünschte Untersuchung/Region:

..... **One Stop Diagnostik** bei Vd.a. Mammakarzinom (Mammographie, Ultraschall, Biopsie)

..... Mammographie Ultraschall Mamma

..... MRI Mamma Präoperative Drahtmarkierung

..... Biopsie: Staging:

..... Ultraschall Stanzbiopsie Röntgen Thorax/Ultraschall Abdomen

..... Vakuumsaugbiopsie (Mammotome): CT Thorax/Abdomen

..... im Ultraschall

..... stereotaktisch

Klinische Angaben/Fragestellung

Persönliche Anamnese:

..... Status nach Brustoperation Brustvergrösserung Brustverkleinerung

..... Karzinom: Gutartige Veränderung

..... Wo: Familiäre Belastung:

..... Wann: Ja Nein

Klinik:

..... Sekretion Palpatationsbefund (bitte Zone ankreuzen)

..... Ja Nein

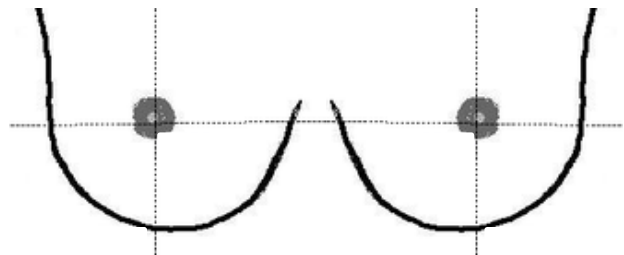
..... Links Rechts

..... Status nach Bestrahlung

..... Mastitis

..... Mastopathie fibrocystica

..... Trauma



Zusätzliche Bemerkungen zum Palpatationsbefund (Optional)

Voruntersuchungen Extern:

Was: Wann:

Wo: Bemerkungen:

Zyklus:

Letzte Periode: Menopause: Ja Nein

Hormoneinnahme: Ja Nein Bemerkungen:

Befundübermittlung

..... Telefonisch auf CD mitgeben

..... Per Email auf Kopie an:

..... Bemerkungen:

Absender-Informationen

Praxis-Adresse:

Ort/Datum: Name/Vorname:

Mit der Angabe von Praxis, Ort, Datum und Name bestätige ich die Richtigkeit der oben angegebenen Informationen