

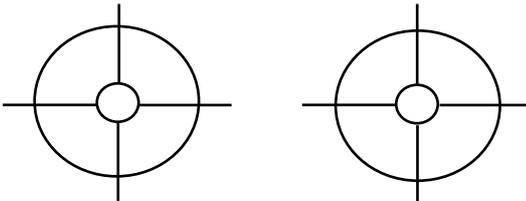
Radiologie

**Anmeldung Mammographie/Mammosonographie**

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

**Gewünschte Untersuchung:**

- Mammographie
- Mamma-Sonographie
- Mammographie und Sonographie

<p><b>1. Persönliche Anamnese</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mastitis puerp/nonpuerp    <input type="checkbox"/> plastische Operationen    <input type="checkbox"/> Probeexzisionen</p> <p><input type="checkbox"/> Trauma    <input type="checkbox"/> Karzinom    <input type="checkbox"/> Mastopathia cystica / fibrosa</p>	
<p><b>2. Palpationsbefund</b> (Bitte in Skizze einzeichnen)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div>	
<p><b>3. Sekretion</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein    <input type="checkbox"/> rechts    <input type="checkbox"/> links</p>	
<p><b>4. Zyklus</b></p> <p>Letzte Periode: _____    Menopause: <input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p><b>5. Hormoneinnahme</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p><b>6. Familiäre Belastung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja    <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p><b>7. Bemerkungen</b></p>   	
<p><b>8. Berichterstattung per</b></p> <p><input type="checkbox"/> Mail    <input type="checkbox"/> A-Post    <input type="checkbox"/> Telefon</p> <p>Befundkopie an: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Zustellung der Bilder erwünscht</p>	<p><b>9. Zuweisender Arzt / Datum</b> (Stempel und Unterschrift)</p>

**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