

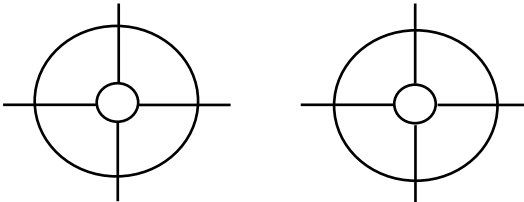
Radiologie

Anmeldung Mammographie/Mammosonographie

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

Gewünschte Untersuchung:

- Mammographie
- Mamma-Sonographie
- Mammographie und Sonographie

<p>1. Persönliche Anamnese</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>2. Palpationsbefund (Bitte in Skizze einzeichnen)</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">  </div>	
<p>3. Sekretion</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links</p>	
<p>4. Zyklus</p> <p>Letzte Periode: _____ Menopause: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>5. Hormoneinnahme</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>6. Familiäre Belastung</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>7. Bemerkungen</p> 	
<p>8. Berichterstattung per</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>9. Zuweisender Arzt / Datum (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