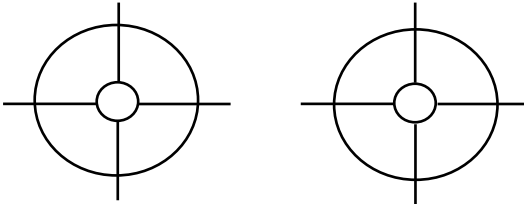


Anmeldung Mammographie

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

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

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