



Dr. med. Maik Hauschild, Chefarzt  
Dr. med. Rosa Jochim-Maier, Leitende Ärztin  
Dr. med. Jasmin Stoll, Oberärztin

**Integrative Medizin**  
Dr. med. Stefanie Stirnberg, Oberärztin

**Breast Care Nurse**  
T +41 (0)61 835 62 60

**Sekretariat Frauenklinik**  
T +41 (0)61 835 62 20

## Anmeldeformular

Name: .....

PLZ, Ort: .....

Vorname: .....

Strasse, Hausnummer: .....

Geburtsdatum: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

- Bitte Patient:in aufbieten
- Patient:in hat Termin am:.....  
um.....Uhr.

### Fragestellung

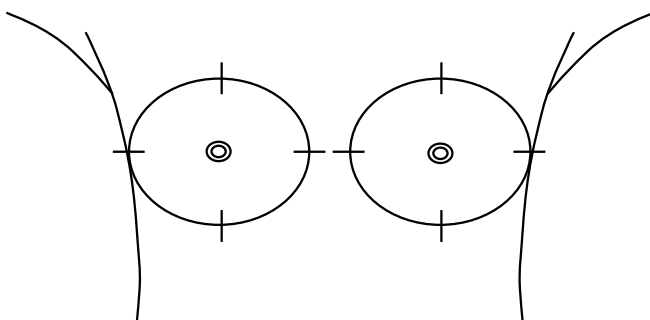
- Ultraschall
- Biopsie
- Senologische Beurteilung
  - mit Mammographie
  - mit MRI
- Sonstiges: .....

### Überweisungsgrund

- Unklarer Mammabefund
- Verlaufskontrolle Mamma
- Gesichertes Mammakarzinom
- V.a. Mammakarzinom
- Sonstiges: .....

Bitte auf Diagramm markieren

- Links
- Beidseits
- Rechts



Datum: .....

Telefon: .....

Zuweiser:in: .....