

Anmeldung für das Brustzentrum

Brustzentrum
+41 56 486 36 36
brustzentrum@ksb.ch

Dringlichkeit

☐ Notfall ☐ dringend ☐ nicht dringend, elektiver Eintritt

Personalien

Name (amtl. Name)	Vorname	Geburts-/Ledigname
Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)	Zivilstand	
Strasse/Nummer	PLZ/Ort	Heimatort/Nationalität
Telefon privat	Telefon mobil	E-Mail-Adresse

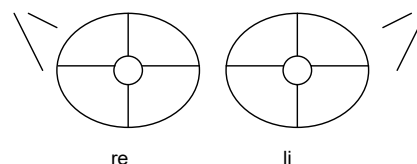
Versicherungsklasse

☐ Allgemein ☐ Halbprivat ☐ Privat

Einweisungsdiagnose/Fragestellung:

Direktzuweisung für OP:

Anamnese und Untersuchungsergebnisse:



Medikamente:

Patientin/Patient hat aktuelle Mammographie-/Mammaltraschallbilder:

☐ nein ☐ ja ☐ wurde zur Mammographie angemeldet

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift

Beilagen

☐ Berichte ☐ Laborbefunde ☐ Anderes