



BRUST-ZENTRUM
ZÜRICH

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Wichtig für allfällige Terminverschiebung.

E-Mail-Adresse: _____

bitte die Patientin zur Untersuchung aufbieten.

die Patientin hat einen Termin am: _____ um: _____ Uhr

Versicherungsklasse: **Privat** / **Halbprivat** / Allgemein

Mammografie*

Angaben / ev. Fragestellung

Ultraschall

(bei Bedarf Rückseite benutzen)

Punktionsabklärung

senolog. Beurteilung

mit Mammografie*

ohne Mammografie*

Anderes: _____

Ich wünsche einen Sofortbericht auf Fax:

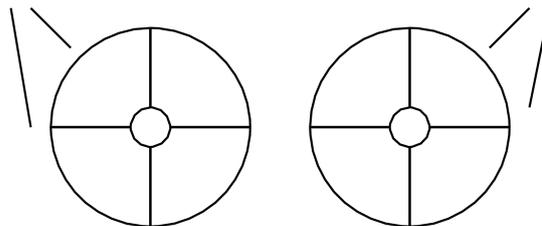
_____ ev. Befund:

**Bitte alte Mammografien mitbringen, falls diese bei uns noch nicht eingescannt sind.*

Praxisstempel:

Datum:

Unterschrift:



rechts

links