



# 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 via E-Mail-Adresse (hin)

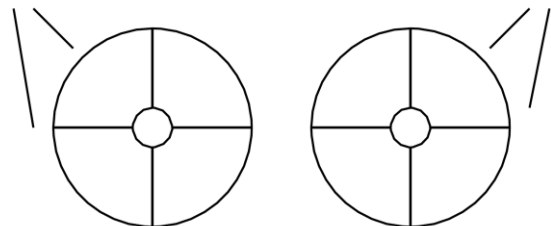
\_\_\_\_\_ ev. Befund:

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

Praxisstempel:

Datum:

Unterschrift:



rechts

links

**Brust-Zentrum AG**

Seefeldstrasse 214  
CH-8008 Zürich

T +41 44 533 81 00

F +41 44 380 76 61

info@brust-zentrum.ch

Untersuchungs-Auftrag

**brust-zentrum.ch**

ZERTIFIZIERTER KOOPERATIONSPARTNER  
TUMORZENTRUM HIRSLANDEN ZÜRICH

EUROPEAN  
CANCER  
CENTRES  
Zertifiziertes  
Brustkrebszentrum

**brustzentrumzürich**<sup>plus</sup>  
seefeld