

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Name: _____ Vorname: _____
Adresse: _____ PLZ/ Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
E-mail-Adresse: _____
Wichtig für allfällige Terminverschiebung

bitte die Patientin zur Untersuchung aufbieten.

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

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

Mammografie*

Ultraschall

Punktionsabklärung

senolog. Beurteilung

mit Mammografie*

ohne Mammografie*

Angaben / ev. Fragestellung

(bei Bedarf Rückseite benutzen)

Anderes: _____

Ich wünsche einen Sofortbericht via A-mail-Adresse (hin)

_____ ev. Befund:

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

Praxisstempel: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

