

**Anmeldung**  
**Mammasprechstunde**  
Frauenklinik / Gyn. Onkologie  
PD Dr. Rosanna Zanetti  
Stv. Chefärztin

Spitalstrasse 21  
4031 Basel

**Telefon: +41 (0)61 265 91 19**

**Patientendaten**

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
Strasse: .....  
PLZ, Ort: .....  
Tel. Nummer: .....  
  
Krankenkasse: .....  
Versichertennummer: .....

**Zuweisungsgrund**

.....  
.....

**Fragestellung**

.....  
.....

**Organisatorische Wünsche**

**Direkte Zuweisung an:**

.....  
.....

**Bildgebung vorhanden?**

**Ja**

**Nein**

Wenn Bildgebung vorhanden, bitte Namen Röntgeninstitut:angeben:

.....

**Histopathologie duredurchgeföhrt?**

**Ja**

**Nein**

Wenn Histopathologie durchgeföhrt, bitte Namen Pathologieinstitut angeben:

.....

**Die Patientin ist damit einverstanden, dass das Brustzentrum Universitätsspital Basel die Resultate anfordert?**

**Ja**

**Nein**

**Zuweisende(r) Ärztin / Arzt**

Name: .....  
Vorname: .....  
Strasse: .....  
PLZ, Ort: .....  
.  
Tel. Nummer: .....  
E-Mail: .....

**Datum:** .....

**Unterschrift:** .....