



Anmeldung Mamma-Intervention

Pat.-Familiennamen/Vorname: _____

Geb.Datum: _____

Seite: _____

Zuweiser: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Verantwortlicher Arzt/Tel.-Nr.: _____

Mammografie/MR-Mammografie Voruntersuchungen:

Ordination/Institut: _____ Datum: _____

Ordination/Institut: _____ Datum: _____

gewünschte Intervention (bitte ankreuzen):

- Ultraschall-gezielte Stanzbiopsie
- Tomosynthese-gezielte Vakuumbiopsie
- MR-gezielte Vakuumbiopsie
- Stellungnahme/Zweitmeinung

Blutverdünnung:

- JA: _____
- NEIN

BITTE FAXEN AN: 0316/5466-6704

Termin: _____

Für etwaige Rückfragen: Tel.-Nr.: 0316/5466-6744

Befundbesprechung: _____

Kontakt:

| | |
|--|--|
| <p><i>Institut für Radiologie</i> Leitung: Prim. Univ.-Prof Dr. Helmut Schöllnast, MBA Tel.: +43 316/5466-6702 Fax.: +43 316/5466-6704 Mail: radiologie@lkh-graz2.at</p> | <p><i>Spezialambulanz für erweiterte Mammadiagnostik</i> Stanzbiopsie, Vakuumbiopsie Lokalisation, Markierung, Zweitmeinung/Stellungnahme Terminvereinbarung: 0316/5466-6744</p> |
|--|--|