

ANMELDUNG MAMMA-DIAGNOSTIK

NAME: _____

VORNAME: _____

STRASSE: _____

PLZ / ORT: _____

TELEFON P / G / MOBILE: _____

GEBURTSDATUM: _____

KOSTENTRÄGER: _____

VERS.- / UNFALL-NR: _____

KARTEN-NR: _____

AHV-NR.: _____

TERMINWUNSCH BIS SPÄTESTENS: _____ **BESTÄTIGTER TERMIN:**

Bitte aufbieten Vorsorge DATUM: _____

Falls Voraufnahmen vorhanden, bitte mitgeben/uns zukommen lassen. ZEIT: _____

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

MAMMOGRAPHIE: BEIDE SEITEN IN 2 EBENEN BEIDE SEITEN IN 1 EBENE EINE SEITE: _____

WEITERE ABKLÄRUNG NACH ERMESSEN DES SENOLOGISCHEN RADIOLOGEN

FALLS BEFUND, WEITERE ABKLÄRUNG IM BRUSTZENTRUM

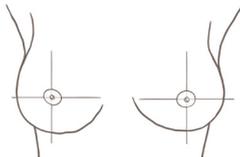
ULTRASCHALL: EINE SEITE: _____

MRT

INTERVENTION

CORE-BIOPSIE FNP VAKUUM-BIOPSIE: ULTRASCHALL GESTEUERT STEREOTAKTISCH MRT-GESTEUERT

KLINISCHE ANGABEN



Reserviert
intern

ANAMNESE

SCHWANGERSCHAFT: JA NEIN

Z.N. MAMMA-KARZINOM MAMMA-IMPLANTATE PATIENTIN POSTMENOPAUSAL PATIENTIN UNTER HRT

FAMILIENANAMNESE POSITIV FÜR MAMMA-KARZINOM/OVARIAL-KARZINOM, WER BETROFFEN? _____

IN GYNÄKOLOGISCHER BEHANDLUNG BEI: _____

WICHTIG BEI MRT-/CT-UNTERSUCHUNG (bitte vollständig ausfüllen)

	JA	NEIN		JA	NEIN		JA	NEIN
PACEMAKER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NEUROSTIMULATOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALLERGIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HÖRGERÄT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FREMDKÖRPER (METALL)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	KLAUSTROPHOBIE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
INSULINPUMPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ZAHNPROTHESE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NIERENERKRANKUNG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EXPANDER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BLUTZUCKER-SENSORPFLASTER	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SCHILDDRÜSENÜBERFUNKTION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Zahnimplantate unbedingt vorher von der Zahnärztin oder vom Zahnarzt herausnehmen lassen.

→ Make-up, Deodorant und Bodylotion beeinflussen die MRT-Untersuchung und sollten wenn möglich nicht getragen werden.

WICHTIG BEI INTERVENTION (bitte vollständig ausfüllen)

QUICK: _____ THROMBO: _____ ANTIKOAGULATION: _____

BEFUNDKOPIE

DATUM: _____ **KONTAKTDATEN VERORDNENDE ÄRZTIN/VERORDNENDER ARZT**

(bitte vollständig ausfüllen):

PRAXISNAME: _____

NAME UND VORNAME ÄRZTIN/ARZT: _____

FACHGEBIET: _____

ADRESSE: _____ PLZ/ORT: _____

TELEFONNUMMER: _____ E-MAIL: _____

SO ERREICHEN SIE UNS

Institut für Radiologie und
Nuklearmedizin Klinik St. Anna
Mamma-Diagnostik
St. Anna-Strasse 32
6006 Luzern

radiologieanmeldung.stanna@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch/radiologie-stanna

Anmeldung Radiologie

T +41 41 208 30 30

Leiterin Team Senologische Radiologie:

Dr. med. Romana Goette, Fachärztin für Radiologie

www.klinikstanna.ch/brustzentrum

Angemeldet zur Untersuchung am: _____ Uhrzeit: _____



- Brust-Diagnostik
 - Punktionen
 - MRT
- Klinik St. Anna

FACHSPEZIALISTINNEN, FACHSPEZIALISTEN UND KERNTTEAM DES BRUSTZENTRUMS KLINIK ST. ANNA

Kernteam Operative Senologie

Dr. med. Michael Cebulla
Prof. Dr. med. Peter Dubsy
Prof. Dr. med. Andreas Günthert
Dr. med. Mayssoon Iraki
Dr. med. Susanne Vatterott

Nuklearmedizin

Dr. med. Udo Schirp und Team

Radiologie

Dr. med. Romana Goette und Team

Onkologie

Dr. med. Marco Dressler
Dr. med. Tina Ernst
Dr. med. Désirée Gassmann
PD Dr. med. Andreas Himmelmann
Dr. med. Nicole Mutter-Borgognon
Dr. med. Alexander Schreiber
Dr. med. Christian Spirig

**Plastische, Rekonstruktive
und Ästhetische Chirurgie**

PD Dr. med. Eva Rüegg

Breast Care Nurse

Ilona Wagner

Gynäkologie

Dr. med. Stefanie Amann
Dr. med. Urs Bohl
Dr. med. Frank W. Bouwmeester
Dr. med. Frank Brenn
Dr. med. A.-C. Girard Netzer
Dr. med. Bastienne Mattei
Dr. med. Vladimir Paseka
Dr. med. Annette Peyer

Dr. med. Inge Ruhe
Dr. med. Giuseppina Russo
Dr. med. Sabine Steimann