

Patienten – ANMELDUNG

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnadresse:
Tel.-Nr.:

Gewünschte Untersuchung:

Radiologie

Mammographie (bitte ggf. Vorbilder mitgeben oder Versand via H-Net!!)

Ultraschall durch Radiologen: _____

(für Knochendichtemessung (DXA) - bitte separates Anmeldeformular verwenden!)

Gynäkologie:

Vorsorgeuntersuchung

Facharztuntersuchung (Gynäkologie und Geburtshilfe)

Kinderwunschsprechstunde (Dr. med. Antje Wollenberg)

Komplementärmedizinische Beratung (Dr. med. Teelke Beck)

Senologie (Zweitmeinung, Biopsien, Operation) (Dr. med. Teelke Beck)

bitte Bilder mitgeben oder Versand via H-Net!!

Klinischer Befund/Diagnose/Fragestellung:

Mündliche Rückmeldung erwünscht?

Ja

Nein

Falls ja, Tel.-Nr.:

Datum:

zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

PRAXISSTEMPEL

(Stempel und Unterschrift erbeten)