

Absender:
Name Praxis:
Einweisende/r Ärztin/Arzt:
Strasse:
PLZ / Ort:



Abteilung Radiologie

Telefon 056 / 675 14 32

radiologie@spital-muri.ch

Anmeldung Radiologie – Mammographie / Mammasonographie

Datum:	Geb. Datum:
Name:	Vorname:
Strasse:	PLZ / Wohnort:
Telefon P.:	Krankenkasse:

Bitte Patientin aufbieten
Patientin hat Termin am:

Anmeldung

Mammographie +/- Mamma-Ultraschall

Mamma-Ultraschall

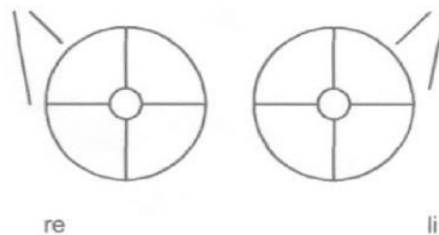
MRT (Magnetresonanztomographie)

Bildgebung, bei suspektem Befund direkte Abklärung mittels Stanzbiopsie

Befundmitteilung in meiner Praxis

Befundmitteilung und Termin im Brustzentrum Aargau, Spital Muri

Klinische Angaben:



Wir wünschen eine telefonische Sofortinformation, Telefonnummer:
Den schriftlichen Bericht wünschen wir via Mail / Post

Befundkopie an: