

**Kantonsspital Graubünden**  
**Brustzentrum**  
Lürlibadstrasse 118  
CH-7000 Chur  
Tel. +41 (0)81 254 86 00  
senologie@ksgr.ch

**Patient** Geb. Datum:

Name:

Adresse:

Telefon P: G:

Garant:

Klasse 1. 2. 3.

Vom Röntgeninstitut aufzubieten: Ja  Nein

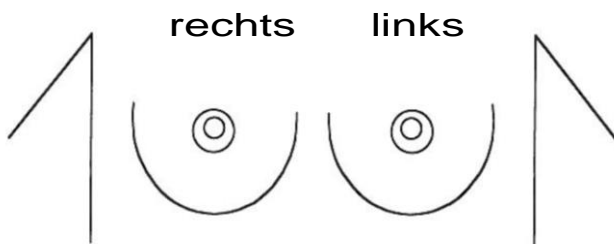
Originalbilder zur Einsicht: Ja  Nein

## Anmeldung Senologie/Radiologie

Gewünschte Untersuchung:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mammographie                           | <input type="checkbox"/> Stanzbiopsie sonographisch | <input type="checkbox"/> Sonographische Drahtmarkierung                |
| <input type="checkbox"/> Tomosynthese                           | <input type="checkbox"/> FNP                        | <input type="checkbox"/> Sonographische Clipmarkierung                 |
| <input type="checkbox"/> Mammasonographie                       | <input type="checkbox"/> Punchbiopsie               | <input type="checkbox"/> Stereotaktische Drahtmarkierung               |
| <input type="checkbox"/> Axillasonographie                      | <input type="checkbox"/> MIBB stereotaktisch        | <input type="checkbox"/> Korrelationsmammographie nach Drahtmarkierung |
| <input type="checkbox"/> Mammographie-<br>Vergrößerungsaufnahme | <input type="checkbox"/> MIBB sonographisch         | <input type="checkbox"/> Präparateröntgen                              |

**Klinik/Voroperation:**



Allfälliger Sonographiebefund:

Familienanamnese:

Menopause:  Ja  Nein HRT:  
bzw. Datum der letzten Menstruation

Fragestellung:

Bei Biopsie/Medikamente:

Frühere Mammographien? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wann?  Wo?	Befundkopie an:	Zuweisender Arzt: (Blockschrift/Stempel)   Hin-Mail-Adresse:
---	-----------------	---

Eingangsdatum Anmeldung:

E-Mail senden an [senologie@ksgr.ch](mailto:senologie@ksgr.ch)