

Formblatt für Anfragen/ Vorstellung/ 2. Meinung

Klinik für Senologie und Brustchirurgie

Interdisziplinäres Brust Zentrum am Marien Hospital Duesseldorf

Direktor, a.r. Prof. Dr. med. Werner Audretsch,

Rochusstrasse 2, D-40479 Düsseldorf

Fax: +49 (0) 211 44 00 2762, Tel: +49 (0) 211 44 00 2761

E-Mail: brustzentrum@vkkd-kliniken.de

Direct: audretsch@brustzentrum-duesseldorf.de

<http://www.brustzentrum-duesseldorf.de>

SMS/ Mobil: +49 (0) 173 7145 480

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße & Hausnummer: _____

Postleitzahl & Wohnort: _____

Beruf: _____

Familienstand: _____

Vorname des Ehemannes: _____

Telefon: _____ Mobile: _____

Fax-Nummer: _____

E-Mail: _____

Behandelnder Gynäkologe/ Arzt: _____

Name & Anschrift _____

Fax-Nummer: _____

Krankenkasse: _____ selbstversichert: _____ familienversichert: _____

Privatversicherung: _____ Beihilfe/ wie viel % ? : _____

In welchem Alter erste Periode: _____ Datum der letzten Periode: _____

Zyklus: _____ O regelmäßig _____ O unregelmäßig

Größe: _____ Gewicht: _____

Entbindungen: Zahl: _____ Spontan: _____ Kaiserschnitt: _____ (Jahr)

Fehlgeburten: Zahl: _____ (Jahr)

Operative Eingriffe (evtl. Extrablatt)

Monat/ Jahr / Art des Eingriffs _____

/ / _____

/ / _____

/ / _____

/ / _____

Andere Erkrankungen, Allergien: _____

Medikamente: _____

Hormone: _____

Brustkrebs in der Familie (bei wem): _____

Andere Krebskrankheiten in der Familie (bei wem?) _____

Rauchen Sie? _____ Wie viel? _____

Schriftl. Befundkopien/ evtl. Fotos beifügen

Bitte Keine Röntgen-Bilder zusenden

Grund der Anfrage bitte unbedingt angeben:
