

Anmeldung BrustCentrum (bitte nur für Mammotome verwenden, Danke)

Tagesklinik, **ambulant** (ohne Übernachtung) Aufenthalt **stationär** (mit Übernachtung)

Name		Vorname
Strasse, Nr.	PLZ, Ort	Geburtsdatum
Telefon Privat	Telefon Geschäft	Natel
Angaben zur Versicherung (Name, Adresse, Mitglied-Nr.)		
Versicherungsart <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> allgemein KVG <input type="checkbox"/> Selbstzahlerin		
Bemerkungen:		

Hauptdiagnose ICD 10, Verdacht auf:		<input type="checkbox"/> R 92 abnorme Befunde b. bildgebend. Diagnostik (Mikroverkalkung)	
<input type="checkbox"/> N60.0 Solitärzyste Mamma	<input type="checkbox"/> N61 entzündliche Krh. Mamma	<input type="checkbox"/> N 64.1 Fettgewebsnekrose d. Mamma (Mikroverkalkung)	
<input type="checkbox"/> N60.1 diff. Zyst. Mastopath	<input type="checkbox"/> N63 nicht näher bez. Verhärtung	<input type="checkbox"/> C50.0 Ca Brustwarze u. W'-hof	<input type="checkbox"/> C50.4 Ca oberer äusser. Quadr.
<input type="checkbox"/> N60.2 Fibroadenose Mamma	<input type="checkbox"/> N64.5 sonstige Symptome Mamma	<input type="checkbox"/> C50.1 Ca zentr. Drüsenkörper	<input type="checkbox"/> C50.5 Ca unt. äusser. Quadr.
<input type="checkbox"/> N60.3 Fibrosklerose Mamma	<input type="checkbox"/> N64.9 Krh. der Mamma nicht näher bezeichnet	<input type="checkbox"/> C50.2 Ca oberer inner. Quadrant	<input type="checkbox"/> C50.6 Ca Recessus axillaris
<input type="checkbox"/> N60.9 gutartige Mam'-dyspl.		<input type="checkbox"/> C50.3 Ca unt. innerer. Quadr.	<input type="checkbox"/> C50.9 Ca Ma. n. näher bez.
<input type="checkbox"/> andere, bitte beschreiben		<input type="checkbox"/> D24 gutartige Neubild. Mamma	
		<input type="checkbox"/> D48.6 Neubildung unsicheren u. unbekanntens Verhaltens Mamma	
Geplante Therapie (CHOP)		8873 <input type="checkbox"/> mit Ultraschall	
8511 Geschlossene Biopsie		8737 <input type="checkbox"/> mit Mammographie	

Eintrittsdatum	Eintrittszeit	Eingriffszeit geplant	Dauer geplant in Minuten
-----------------------	----------------------	------------------------------	---------------------------------

Behandlung	<input type="checkbox"/> Mammotome Handheld im Röntgen	Seite	<input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Mammotome Stereotaxie	<input type="checkbox"/> Mammotome Handheld im OPS (siehe Abschnitt Anästhesie)		<input type="checkbox"/> links
Nadel-Typ			
Stereotaxie: <input type="checkbox"/> St11G <input type="checkbox"/> St8G Handheld: <input type="checkbox"/> HH11G <input type="checkbox"/> HH8G <input type="checkbox"/> trucath <input type="checkbox"/> andere:			
Labor: <input type="checkbox"/> die Resultate sind im Anhang <input type="checkbox"/> die Resultate werden vom Arzt am Eingriffstag mitgenommen			
Besonderes			

Anästhesie, Abschnitt bitte nur ausfüllen wenn Mammotome Handheld im OPS ausgeführt wird. Danke.

Anästhesiearzt beiziehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalanästhesie, Überwachung <input type="checkbox"/> mit Arzt		
Wenn möglich Dr. med.	Lokalanästhesie, Überwachung <input type="checkbox"/> mit Sr.		
Präoperative Verordnungen gemäss Schema Anästhesie	<input type="checkbox"/> Labor Schema A (kleines Labor)	<input type="checkbox"/> Labor Schema B (grosses Labor)	<input type="checkbox"/> kein Labor
<input type="checkbox"/> Verordnungen in der Klinik durchführen		<input type="checkbox"/> die Resultate werden der Patientenaufnahme zugestellt	

Datum	Stempel oder Name und Unterschrift des Arztes
--------------	--