MAMMOGRAFIE-SCREENING
BEIDER BASEL

Anmeldung zum Mammografie-Screening

Patientin

Name
Vorname
Strasse
PLZ / Ort
Geb.dat.
AHV-Nr.
Telefon
Mail

Empfänger: Mammographie-Screening BL/BS

Mammografie-Screening Beider Basel
Petersplatz 12
4057 Basel

Bitte um Aufgebot der oben genannten Patientin zum kantonalen Mammografie-Screening-Programm beider Basel

Gewünschter Zeitpunkt der Mammografie

☐ **Termin ab sofort möglich**

☐ **Termin frühestens ab:**

Hinweis: Im kantonalen Mammografie-Screening-Programm kann eine Mammografie nur alle 2 Jahre durchgeführt werden. Die letzte Mammografie ausserhalb des Programms muss mindestens 12 Monate zurückliegen.

Optional: Datum letzte Mammografie:

Ort letzte Mammografie:

(damit ggf. Voraufnahmen bestellt werden können)

Bemerkungen

Zuweiser/Zuweiserin

Mail
Tel.
GLN ZSR

Datum

Unterschrift _____
bei elektronischer Einsendung unnötig

Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «**Senden**» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die zuständige Stelle bei der Krebsliga