

## Patienten – ANMELDUNG

Name, Vorname:  
Geburtsdatum:  
Wohnadresse:  
Tel.-Nr.:

### Gewünschte Untersuchung:

#### Radiologie

- Konventionelles Röntgen: \_\_\_\_\_
- Mammographie (bitte ggf. Vorbilder mitgeben oder Versand via H-Net!!)
- Galaktographie
- Ultraschall durch Radiologen: \_\_\_\_\_
- Knochendichtemessung (DXA) - bitte separates Anmeldeformular verwenden!**

#### Gynäkologie:

- Vorsorgeuntersuchung
- Facharztuntersuchung
- Mamma- Stanzbiopsie (bitte Bilder mitgeben oder Versand via H-Net!!)

### Klinischer Befund/Diagnose/Fragestellung/ Risikofaktoren für Osteoporose:

---

---

Mündliche Rückmeldung erwünscht?       Ja       Nein

Falls ja, Tel.-Nr.:

Datum:

zuweisende Ärztin/zuweisender Arzt

(Stempel und Unterschrift erbeten)

**Fachärztinnen Gynäkologie:** Dr. med. Ingrid Bürgi, Dr. med. Maki Kashiwagi, Dr. med. Andrea Kurzawa, Dr. med. Ina Lück,  
Dr. med. Antje Wollenberg  
**Fachärzte Radiologie:** Dr. med. Stephan Kubat, Dr. med. Christoph Müllener  
**Osteologie:** KD Dr. med. Diana Frey, Dr. med. Jotinder Kainth