

Bitte per Fax an: 03381 411409



Universitätsklinikum  
Brandenburg an der Havel



**Fax-Anmeldung Mammografie**

|                      |       |
|----------------------|-------|
| <b>Name, Vorname</b> | _____ |
| <b>Geb.-Datum:</b>   | _____ |
| <b>Adresse:</b>      | _____ |
| <b>Tel.-Nr.</b>      | _____ |

**Klinik für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe**  
Perinatalzentrum Level 1  
zertifiziertes Brustzentrum und  
gynäkologisches Krebszentrum  
Kontinenz- u. Beckenbodenzentrum

www.uk-brandenburg.de

Komm. Chefärztin  
Dr. med. C. Müller

Chefarztsekretariat  
Tel.: +49 33 81 41 - 1400  
Fax: +49 33 81 41 - 1409  
frauenklinik@uk-brandenburg.de

Station 2.2:  
Tel.: +49 33 81 41 - 1410  
Fax: +49 33 81 41 - 1419

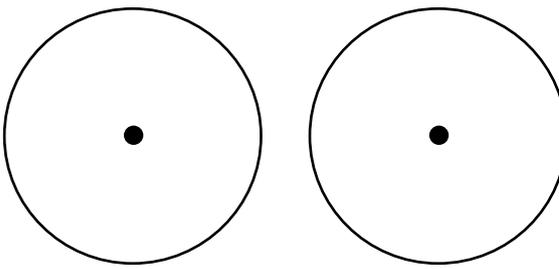
Kreißaal  
Tel.: +49 33 81 41 - 1480  
Fax: +49 33 81 41 - 1489

Terminvergabe für Operationen  
Tel.: +49 33 81 41 - 1411

Sprechstunden:  
Brustsprechstunde/ Geburtsplanung  
Tel.: +49 33 81 41 - 1411

Kontinenz-Beckenbodensprechstunden  
Allgemeine Sprechstunde  
Tel.: +49 33 81 41 - 1874

Privatsprechstunde nach Vereinbarung:  
Tel.: +49 33 81 41 - 1400

|   |                              |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| <b>Nachsorge</b>  | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Tastbefund</b>   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Sonobefund</b>   | <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> li.  |
|  |                              |                               |
| <b>Letzte Mammografie:</b>  |                              |                               |
| <b>Positive Familienanamnese:</b>   | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |

|                        |                              |                               |                               |
|------------------------|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <b>Auftrag</b>         |                              |                               |                               |
| <b>Mammografie:</b>    | <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> li.  | <input type="checkbox"/> bds. |
| <b>Sonografie bds.</b> | <input type="checkbox"/> ja  | <input type="checkbox"/> nein |                               |

|                      |
|----------------------|
| <b>Praxisstempel</b> |
|----------------------|

|   |
|---|
| <b>Termin:</b>  |
| <b>Uhrzeit:</b>   |
| <b>Die Patientin erhält durch die<br/>Frauenklinik ihren Termin</b> |
| Vom Klinikum auszufüllen  |

Geschäftsführerin: Gabriele Wolter  
Aufsichtsratsvorsitzender:  
Dr. Andreas Herzog

Sitz: Stadt Brandenburg an der Havel  
Registergericht: Amtsgericht Potsdam  
Registernummer: HRB 10291  
USt-ID-Nr. DE185287137

**Bankverbindungen**  
Deutsche Kreditbank  
IBAN: DE38 1203 0000 1008 3675 08  
BIC: BYLADEM1001

Mittelbrandenburgische Sparkasse  
IBAN: DE26 1605 0000 3601 0088 81  
BIC: WELADED1PMB

Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001