|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | | --- | | Frauenklinik  Leitung: Dr. med. S. Bucher | | anmeldung-luzern.frauenklinik@luks.ch  Telefon 041 205 35 90  Fax 041 205 55 90 | |
|  |  |

**Zuweisung an**

Brustzentrum  Plastische Sprechstunde  Genetische Beratung

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Notfall | bald | gelegentlich |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name** | **Vorname** | **Geb.-Datum** | **Adresse** | **Wohnort** |
|  |  |  |  |  |

**Aufzubieten über:**  Telefon:  Natel:

**Diagnose:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ort und Datum: | Praxisstempel und Unterschrift: |
|  |  |

**Änderungsverlauf**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Version:** | **Geändert:** | **Datum:** | **Beschreibung der Änderung:** |
|  |  |  |  |