



rechts links

BET Ablatio mammae

Name.....Untersuchungsdatum.....

OP-Datum.....Nachsorgemonat.....

letzte Mammographie..... letzte Vorsorge.....

letzter Ultraschall: :.....

Medikation: GnRH (Zoladex) TAM (Tamoxifen) Aromatasehemmer (Femara, Arimidex, Letrozol)

		unauffällig	fraglich	pathologisch
Größe	cm			
Gewicht	kg			
Anamnese/ Symptome		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äußerliche körperliche Untersuchung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mammographie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ultraschall d. Mammae		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorsorgeuntersuchung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befund:

Pap.-Abstrich ja nein

Sonstiges

Weitere Abklärung erforderlich ja nein

Nächste Untersuchung im Nachsorgeschema ja nein