
	<p>Менеджмент качества медицинских услуг</p> <p>Маммография Ультразвуковая диагностика</p> 	<p>Радиологическая диагностика Баден-Баден</p> <p>Др.мед. Клаус Майер Др.мед. Андреас Штольд Др.мед. Штефан Ладнер Проф.др.мед. Кристиан Платов, M.Sc. Приват-доцент др.мед. Мориц Пальмовски</p>
---	--	---

По состоянию на: 11/2012 По состоянию на 04/2016

Маммография

Ультразвуковая диагностика



НОМЕР ПАЦИЕНТА:

Дата:

Имя пациента:	Адрес пациента:
Дата рождения:	Тел.:
Последняя маммография (где, когда):	
Первая менструация (возраст):	
Последняя менструация (возраст или точная дата):	
Количество родов до 30го года жизни:	
после 30го года жизни:	
Длительность кормления грудью:	
Беременность в настоящее время	Да Нет (нужное обвести)
Кормление грудью в настоящее время	Да Нет (нужное обвести)
Принимаете ли Вы гормональные препараты? (противозачаточные)	Какие?
	С какого времени? Дозировка?
	Дозировка?
Тяжелые воспаления молочной железы (Возраст? Какая грудь?)	
Имелись ли уже операции на груди? (Когда? Справа? Слева? Результат?)	
Подвергалась ли грудь облучению? (До какого времени? Справа? Слева?)	
Онкологические заболевания в семье (Кто? Какой орган?)	
Изменения в груди? (С какого времени? Какие? Справа? Слева?)	

*Я не имею дальнейших вопросов и согласна с проведением предложенного обследования.

*Согласно §73 абз. 1b Кодекса социального права, часть V, я выражаю согласие впредь и до его отмены на сбор моими лечащими врачами результатов исследований других исполнителей медицинских услуг и передачу полученных результатов обследований другим врачам, участвующим в лечении.

Прошу выдать мне копию данного формуляра

Я не нуждаюсь в копии данного формуляра

Б
а
д
е
н