

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	KNAPP- SCHAFT	UV	
(Name des Versicherten/ Versorgungsberechtigten)			(Vorname)			(geb. am)		
(Ehegatte/ Kind/ Sonst. Angeh.)			(Vorname)			(geb. am)		
(Arbeitgeber/ Dienststelle/ Rentner/ BVG/ Freiw.)			(Mitgl.-Nr.)			(Krankensch.-Nr.)		
(Wohnung des Patienten)								



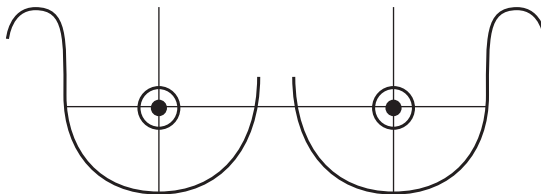
Mamma-Zytologie

Untersuchungsmethode	negativ	zweifelhaft	positiv
Inspektion			
Palpation			
Mammographie			
Mammasonografie			
Thermographie			
Galaktographie			

Entnahmedatum:

Klinische Diagnose (oder kurze Befundbeschreibung):

Lokalisation (mit Uhrzeit einzeichnen):



Frühere Zytologie-Nr.:

Material von:

- Zyste
- Solide Resistenz
- Kontaktabstrich Mamille (z.B. M. Paget)
- Mamillensekret

- uniduktal
- multiduktal

Farbe: _____