

Gynäkologische Untersuchung vor Transplantation

Telefon: 06841/16-15857
Fax: 06841/16-15839

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Indikation: Infektionsherde bzw. Malignome müssen vor Transplantation aufgrund der erforderlichen Immunsuppression saniert werden. Eine Spirale muss entfernt werden.

Befund	
Kontrazeption?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
PAP-Abstrich/HPV:	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Befund:
Mamma-Sonographie	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Befund:
Mammographie	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Befund:
Vulva/Vagina	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Befund:
Uterus	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Befund:
Ovar/Adnexe	<input type="checkbox"/> o.B. <input type="checkbox"/> Befund:
Sonstige	

Weitere zwingend notwendige Behandlung vor Transplantation

Notwendige Kontrolle bzw. Procedere

Datum	Praxisstempel / Unterschrift