

Karteiblatt / Mamillenrekonstruktion

Name

Telefon

Adresse

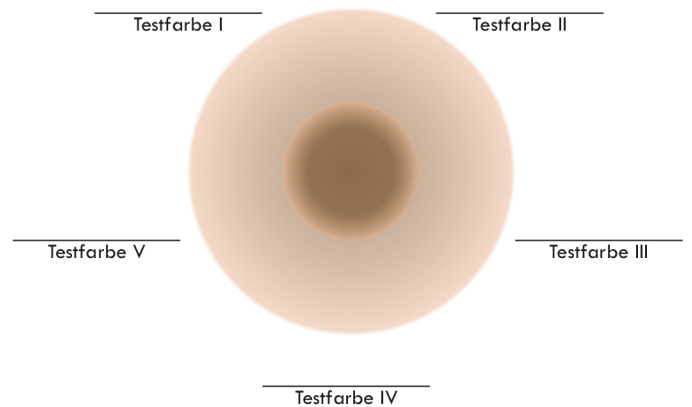
Email

Einverständniserklärung vorhanden

Pflegehinweis erhalten

TESTBEHANDLUNG

- I. Testfarbe: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer
- II. Testfarbe: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer
- III. Testfarbe: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer
- IV. Testfarbe: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer
- V. Testfarbe: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer



Schnittstellenverlauf einzeichnen

linke Brust

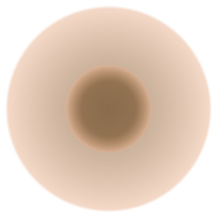
rechte Brust

ERSTBEHANDLUNG

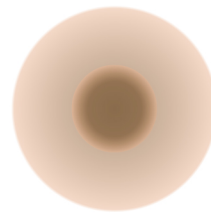
Datum: _____

ZWEITBEHANDLUNG

Datum: _____



Farbwahl: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer



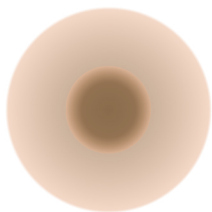
Farbwahl: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer

DRITTBEHANDLUNG

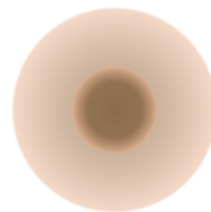
Datum: _____

VIERTBEHANDLUNG

Datum: _____



Farbwahl: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer



Farbwahl: _____
Name / Chargennummer
Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer