

Q1 Brustregister

Bogen A

Name: _____

Vorname: _____

Weiblich Männlich Geb.-Datum: ____/____/____

OP-Datum: ____/____/____

Rechts

Nein

Implantat: Ja Nein
Fetttransplantation: Ja Nein

(Wenn Fetttransplantation = Ja) Füllvolumen: (cc)

Indikation Ästhetisch Rekonstruktiv

Wenn Ästhetisch

Mastopexie	Zugang	Position	Anästhesie
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> axillär	<input type="radio"/> subglandulär	<input type="checkbox"/> lokal
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> periareolär	<input type="radio"/> subpektoral	<input type="checkbox"/> allgemein
	<input type="radio"/> inframammär		
	<input type="radio"/> anderer	→ <input type="text"/>	

Links

Nein

Implantat: Ja Nein
Fetttransplantation: Ja Nein

(Wenn Fetttransplantation = Ja) Füllvolumen: (cc)

Indikation Ästhetisch Rekonstruktiv

Wenn Ästhetisch

Mastopexie	Zugang	Position	Anästhesie
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> axillär	<input type="radio"/> subglandulär	<input type="checkbox"/> lokal
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> periareolär	<input type="radio"/> subpektoral	<input type="checkbox"/> allgemein
	<input type="radio"/> inframammär		
	<input type="radio"/> anderer	→ <input type="text"/>	

Wenn Rekonstruktiv

Bestrahlung	Methode	Lappenplastik	Anästhesie
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> BET	<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> lokal
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Mastektomie	<input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/> allgemein

Wenn Rekonstruktiv

Bestrahlung	Methode	Lappenplastik	Anästhesie
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> BET	<input type="radio"/> Ja	<input type="checkbox"/> lokal
<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Mastektomie	<input type="radio"/> Nein	<input type="checkbox"/> allgemein

Antiseptika

Implantat: Ja Nein
Implantattasche: Ja Nein

Antiseptika

Implantat: Ja Nein
Implantattasche: Ja Nein

Antibiotika

Antibiotika	Drainage	BRAVA
<input type="checkbox"/> lokal	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
<input type="checkbox"/> systematisch	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nein

Antibiotika

Antibiotika	Drainage	BRAVA
<input type="checkbox"/> lokal	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Ja
<input type="checkbox"/> systematisch	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nein

Wenn Implantat = Ja Allergan Mentor Nagor

Anderer Hersteller:

Volumen:

Seriennummer:

Artikelnummer:

Expander:

Kommentar:

Wenn Implantat = Ja Allergan Mentor Nagor

Anderer Hersteller:

Volumen:

Seriennummer:

Artikelnummer:

Expander:

Kommentar: