

Q1 Brustregister

Revision B

Revisionsdatum: ___/___/_____

Operationsdatum alte Prothese: ___/___/_____

Rechts

Nein

Indikation Ästhetisch Rekonstruktiv

Grund der Revision

Wundheilungsstörung:

Infekt: Verdacht Dg. bestätigt

Serom: Verdacht Dg. bestätigt

Hämatom:

Kapselkontraktur: → Baker I

Implantatdislokation: Baker II

Asymmetrie: Baker III

(Drohende) Perforation: Baker IV

Implantatruptur:

Implantatalter:

Implantateigenschaften:

Tumorrezidiv: Verdacht Dg. bestätigt

Tumorentstehung: *gut.* Verdacht Dg. bestätigt

bös. Verdacht Dg. bestätigt

Silikonom: Verdacht Dg. bestätigt

Wechsel Expander* (*Implantat*):

Implantatgrösse:

Schmerzen:

Angst oder andere gesundheitliche Gründe:

Revision

Implantat revidiert Kapsel

Ja Belassen

Nein Kapsulotomie

Wechsel* Kapsulektomie

Fetttransplantation Ja* Nein

Links

Nein

Indikation Ästhetisch Rekonstruktiv

Grund der Revision

Wundheilungsstörung:

Infekt: Verdacht Dg. bestätigt

Serom: Verdacht Dg. bestätigt

Hämatom:

Kapselkontraktur: → Baker I

Implantatdislokation: Baker II

Asymmetrie: Baker III

(Drohende) Perforation: Baker IV

Implantatruptur:

Implantatalter:

Implantateigenschaften:

Tumorrezidiv: Verdacht Dg. bestätigt

Tumorentstehung: *gut.* Verdacht Dg. bestätigt

bös. Verdacht Dg. bestätigt

Silikonom: Verdacht Dg. bestätigt

Wechsel Expander* (*Implantat*):

Implantatgrösse:

Schmerzen:

Angst oder andere gesundheitliche Gründe:

Revision

Implantat revidiert Kapsel

Ja Belassen

Nein Kapsulotomie

Wechsel* Kapsulektomie

Fetttransplantation Ja* Nein

* Bitte Rückseite ausfüllen

* Bitte Rückseite ausfüllen

Q1 Brustregister

Bogen B

Rechts

(Wenn Fetttransplantation = Ja) Füllvolumen: (cc)

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

Antiseptika

Implantat: Ja Nein
Implantattasche: Ja Nein

Antibiotika

lokal
 systematisch

Drainage

Ja
 Nein

BRAVA

Ja
 Nein

Wenn Implantat = Ja Allergan Mentor Nagor

Anderer Hersteller:

Volumen:

Seriennummer:

Artikelnummer:

Expander:

Kommentar:

Links

(Wenn Fetttransplantation = Ja) Füllvolumen: (cc)

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

Antiseptika

Implantat: Ja Nein
Implantattasche: Ja Nein

Antibiotika

lokal
 systematisch

Drainage

Ja
 Nein

BRAVA

Ja
 Nein

Wenn Implantat = Ja Allergan Mentor Nagor

Anderer Hersteller:

Volumen:

Seriennummer:

Artikelnummer:

Expander:

Kommentar: