

Karteiblatt / Mamillenrekonstruktion

Name

Telefon

Adresse

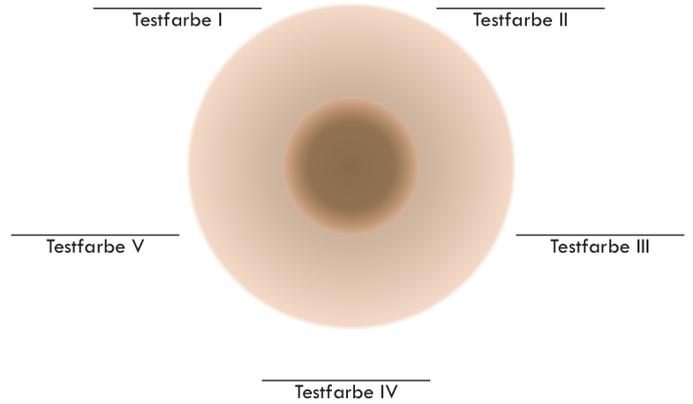
Email

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



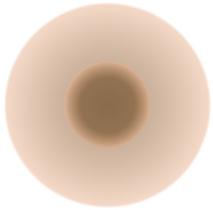
Schnittstellenverlauf einzeichnen

linke Brust

rechte Brust

ERSTBEHANDLUNG

Datum: _____

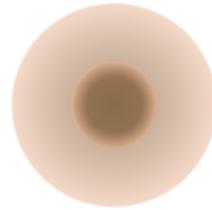


Farbwahl: _____
Name / Chargennummer

Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer

ZWEITBEHANDLUNG

Datum: _____

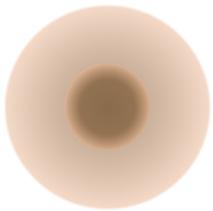


Farbwahl: _____
Name / Chargennummer

Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer

DRITTBEHANDLUNG

Datum: _____



Farbwahl: _____
Name / Chargennummer

Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer

VIERTBEHANDLUNG

Datum: _____



Farbwahl: _____
Name / Chargennummer

Nadelwahl: _____
Name / Chargennummer