

ESITIELOMAKE MAMMOGRAFIAAN
Nimi _____ **Hetu** _____

Osoite _____ **puh** _____

Esitiedot, inspektio ja palpaatio



Hormonihoito +/- Kesto v.

Kyhmyyn koko **DEX** _____ **SIN** _____

Eritteen väri **DEX** _____ **SIN** _____

Lähettävä lääkäri _____

Röntgenhoitajan merkinnät


Kuvaus pvm _____

LAUSUNTO _____

Lausunnon postitusosoite: