

Patienten-ID: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Allgemeinzustand: gut reduziert _____

Haut

Narben nein ja _____

Naevi nein ja _____

Tumorverdacht nein ja _____

Tätowierungen nein ja _____

Piercings nein ja _____

Einstichstellen, welche nicht medizinisch erklärt sind
 nein ja _____

Lymphknoten

Hals unauffällig ja nein _____

Achseln unauffällig ja nein _____

Leisten unauffällig ja nein _____

Thorax Auskultation

Lunge unauffällig ja nein _____

Herz unauffällig ja nein _____

Mamma

rechts unauffällig ja nein _____

links unauffällig ja nein _____

Abdomen

unauffällig ja nein _____

Rektal-digitale Untersuchung (ab dem 50. Lebensjahr)

unauffällig ja nein _____

Genital-/Analsbereich

unauffällig ja nein _____

Datum | Unterschrift des Untersuchers | Name in Druckbuchstaben