

Brustkrebsfrüherkennungsprogramm – BKFP

Hiermit bestätige ich die Bilder, den Befund und die Aufklärung über weitere notwendige Abklärungsschritte meiner heutigen Brustkrebsfrüherkennungsprogrammuntersuchung persönlich erhalten zu haben.

Name: _____

VSNR: _____

Geburtsdatum: ____ . ____ . ____

Datum : _____

Unterschrift: _____