



Selbstauskunft Muttermale

Name, Vorname			Geburtsdatum	
		<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Divers
Straße und Hausnummer		Postleitzahl und Ort		

Behandelt wegen	
-----------------	--

1. Wie lautet der ärztliche Befund?	<input type="checkbox"/> Muttermale	<input type="checkbox"/> Melanom	<input type="checkbox"/> Basaliom	
2. An welchen Körperstellen befinden sich die Muttermale?	<input type="checkbox"/> Gesamter Körper <input type="checkbox"/> Einzelne Körperstellen, und zwar			
3. Anzahl der Muttermale die kontrollbedürftig sind	<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1-10	<input type="checkbox"/> 11-20	<input type="checkbox"/> 21-30
	<input type="checkbox"/> 30-40	<input type="checkbox"/> mehr als 40		
4. Welche Behandlungen wurden durchgeführt? (Histologischen Befund bzw. Befundbericht beilegen)	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Laserung	<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar
	<input type="checkbox"/> Operation(en) am			
5. Wie häufig wurden Kontrolluntersuchungen angeraten?	z.B. alle 2 Monate	Alle	Monate	
6. Sind weitere Behandlungen angeraten oder geplant?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar		
7. Welcher Arzt kann Rückmeldung geben ? (Namen und Anschrift angeben)				

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)