

ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG ZUR DURCHFÜHRUNG DES ULTRASCHALLS DER BRUST

BKK24

Hauptverwaltung
31681 Obernkirchen

* Das Formular passt in einen
frankierten Fensterbriefumschlag!

Patientin:

Versichertennummer:

geb. am:

BANKVERBINDUNG

Name der Bank:

IBAN:

BIC:

Abweichende/r Kontoinhaber/in:

Hiermit wird bestätigt, dass bei der Ultraschalluntersuchung der Brust am _____

einer der folgenden Risikofaktoren vorlag (*bitte ankreuzen*):

- dichtes Drüsengewebe
- Schwangerschaft oder Stillzeit
- Veränderungen des Brustgewebes (Knoten, Schwellung, Schmerzen in der Brust, Flüssigkeitsabsonderungen)
- Es fand eine Entnahme bildgestützter Gewebeproben und Entleerung (Punktion) flüssigkeitsgefüllter Zysten statt
- Schmerzen der Brust
- positive Familienanamnese

Datum

Stempel, Unterschrift Arzt