

Har du følt nye forandringer eller knuder i brystene?

Højre Ja Nej
Venstre Ja Nej

Er du opereret i brysterne?

Højre Ja Nej
Venstre Ja Nej

Har der været hæmoragisk / serøst væske fra brysterne?

Højre Ja Nej
Venstre Ja Nej

Er du mammograferet indenfor de sidste 5 år?

Hvor Ja Nej

Må vi sende svar til egen læge?

Ja Nej

Kommentarfelt

-

Klar til vurdering 1

Dxt	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	Sin	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6				
Sammensætning																			
<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D																			
Dxt	<input type="checkbox"/> Lat.	<input type="checkbox"/> Spot	<input type="checkbox"/> Ultralyd													Sin	<input type="checkbox"/> Lat.	<input type="checkbox"/> Spot	<input type="checkbox"/> Ultralyd

Kommentarer

Klar til vurdering 2

Dxt	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	Sin	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6				
Sammensætning																			
<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D																			
Dxt	<input type="checkbox"/> Lat.	<input type="checkbox"/> Spot	<input type="checkbox"/> Ultralyd													Sin	<input type="checkbox"/> Lat.	<input type="checkbox"/> Spot	<input type="checkbox"/> Ultralyd

Kommentarer

Klar til vurdering 3

Dxt	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6	Sin	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6				
Sammensætning																			
<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C <input type="radio"/> D																			
Dxt	<input type="checkbox"/> Lat.	<input type="checkbox"/> Spot	<input type="checkbox"/> Ultralyd													Sin	<input type="checkbox"/> Lat.	<input type="checkbox"/> Spot	<input type="checkbox"/> Ultralyd

Kommentarer

