

Name, Vorname:

Geburtsdatum: KV-Nummer:

Anschrift (Straße, PLZ, Ort):

Ärztliche Bestätigung für eine Taktilographie

Es wird ärztlich bestätigt, dass die Untersuchung mit Taktilographie bei der obigen Versicherten aufgrund familiärer oder medizinischer Vorbelastungen bei Brustkrebs ärztlich angezeigt ist.

Die Untersuchung wurde durch eine qualifizierte MTU (Medizinisch-Taktile Untersucherin) durchgeführt und von mir veranlasst.

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel Arzt