

Patientendaten

### Von der Patientin / vom Patienten auszufüllen

aktuelle Telefonnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

#### Letzte Mammographie

Falls bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt wurde, teilen Sie uns bitte mit, wann und wo dies **das letzte Mal** geschehen ist.

Wann: \_\_\_\_\_

Wo: \_\_\_\_\_

#### Vorgeschichte (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Bisher keine Brusterkrankung
- Zustand nach Brust-OP bei

	rechts	links	wann?
<input type="checkbox"/> gutartigem Befund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Verkleinerung / Vergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Entzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- Hormontherapie

falls ja: welches Präparat? \_\_\_\_\_

Einnahme seit wann? \_\_\_\_\_

#### Grund der Untersuchung (Zutreffendes bitte ankreuzen.)

- Brust- oder Eierstockkrebs in der Familie  
Bei wem und in welchem Alter wurde die Diagnose gestellt? \_\_\_\_\_
- Eigene frühere Brustkrebserkrankung
- Eigene frühere Krebserkrankung (außer Brustkrebs)
- Tastbare(r) Knoten
- Schmerzen
- Absonderung von Flüssigkeit aus der Brustwarze
- Veränderung der Brustwarze
- Unklarer Tastbefund
- Empfohlene Kontrolle nach letzter Mammographie
- Nur zur Vorsorge (**KEINE** Kassenleistung bei Kassenpatienten!)

Frauen im gebärfähigen Alter: **Besteht zum jetzigen Zeitpunkt die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**

- nein
- ja

Ich erkläre mich mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. Ich wurde darüber informiert, dass die Kosten dieser Untersuchung **nur bei Vorliegen bestimmter Indikationen** von der Krankenkasse übernommen werden. Sollte die Notwendigkeit bei mir nicht indiziert sein, erkläre ich mich bereit, die Kosten selbst zu übernehmen.

\_\_\_\_\_ Datum

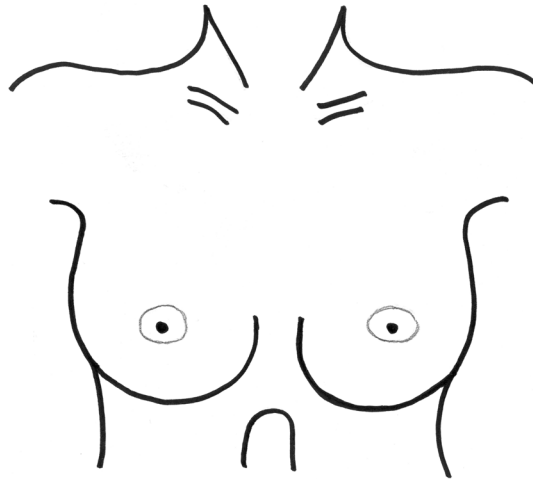
\_\_\_\_\_ Unterschrift

## Anamnese Mammographie

Patientendaten

### Vom Arzt / von der Ärztin auszufüllen

#### Klinischer Befund



#### Anatomische Besonderheiten

- prominentes Sternum
- Trichterbrust
- Parese
- Rollstuhl
- Steife Schulter
- sonstiges (z.B. M. Bechterew)

---

---

---

#### Aufnahmetechnische Besonderheiten

- kleines Paddel
- Steife(r), ängstliche(r) Patient(in)
- Sekretion bei Kompression
- Mamillenverlagerung
  - anatomisch
  - OP-bedingt

Datum, Handzeichen: \_\_\_\_\_