

Anamnese Mammographie

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 Brustkrankung
- 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 bzw. unklarer Tastbefund (TB)
- Schmerzen
- Absonderung von Flüssigkeit aus der Brustwarze oder andere Veränderung 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

Für die Untersuchungen (Mammographie, Sonographie sowie Abtasten durch den Arzt) ist es erforderlich den Oberkörper vollständig freizumachen.

Die Mammographie erfolgt mittels Röntgenstrahlung

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

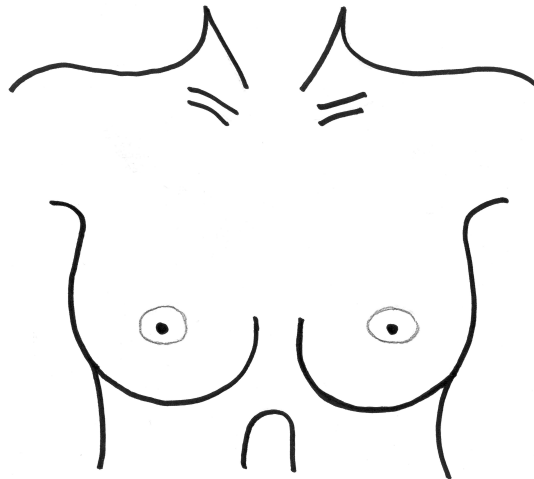
Unterschrift

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

Handzeichen: _____