

Mammographie

Name:

Vorname:

Geb. datum:

Sehr geehrte(r) Patientin/ Patient,

bei Ihnen ist eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust) geplant. Für eine umfassende Beurteilung der Aufnahmen benötigen wir nachstehende Informationen und bitte um die Beantwortung der folgenden Fragen:

1. Welche Beschwerden führen Sie zu uns?
 (z. B. Brustschmerzen, Knoten getastet, Vorsorge)

2. Besteht eine Schwangerschaft? Ja Nein Unbekannt

3. Haben Sie noch Ihre Monatsblutung? Ja Nein

Wenn ja, an welchem Zyklustag befinden Sie sich?
 (Wievielter Tag nach Beginn der letzten Blutung)

4. Sind weibliche Verwandte an Brustkrebs erkrankt? Ja Nein

Wenn ja, nennen Sie den Verwandtschaftsgrad und Alter
 zum Zeitpunkt der Brustkrebserkrankung.

5. Nehmen Sie die „Pille“ oder andere Hormone ein? Ja Nein

6. Frühere Mammographie? Ja Nein

Wenn ja, wann und wo?

7. Sind Sie schon einmal an einer Brust operiert worden,
 ist schon einmal eine Gewebeprobe aus der Brust
 entnommen worden? Ja (Rechts Links)
 Nein

Wenn ja, Grund der OP?
 Zeitpunkt der OP (Jahr)

Brustkrebs gutartiger Befund

8. Erfolgte eine Bestrahlung der Brust? Ja (Rechts Links)

Nein

 Datum/Unterschrift des Patienten