

Mammo-/Sonographie Patientenaufklärung

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Telefonnummer: _____

Bitte beantworten Sie uns folgende Fragen:

1. Haben Sie Beschwerden in der Brust?

ja nein

Schmerzen

Knoten getastet

Absonderung aus der Brustwarze

rechts links

rechts links

rechts links

2. Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebs?

nein

ja

Mutter

Schwester

Großmutter

andere

3. Sind Sie an der Brust bereits operiert?

nein

ja

a) wann? _____

b) welche Seite? _____

c) weshalb? _____

4. Nehmen Sie Hormonpräparate ein?

nein

ja

welche? _____

5. Ist schon einmal eine Mammographie durchgeführt worden?

nein

bei uns

andere Praxis

Wenn andere Praxis, wo und wann? _____

6. **Behandelnder Hausarzt:** _____

Soll Ihr Hausarzt auch einen Befundbericht bekommen?

nein

ja

7. Besteht bei Ihnen oder Ihrer Familie Eierstockkrebs?

nein

ja

8. Besteht bei Ihnen eine Schwangerschaft?

nein

ja

9. Sind Sie mit der Röntgenuntersuchung einverstanden?

nein

ja

Lübeck, Datum: _____

Unterschrift Patient: _____

(Ggfs. Name, Vorname gesetzlicher Vertreter)

(Ggfs. Unterschrift gesetzlicher Vertreter)