



**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

Größe (cm) \_\_\_\_\_ Gewicht (kg) \_\_\_\_\_

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient**

Sie wurden von Ihrem Arzt zu einer Mammographie überwiesen. Der folgende Erhebungsbogen dient zur Erfassung Ihrer Voruntersuchungen und Vorerkrankungen. Mit Ihren Angaben helfen Sie uns eine optimale Befundung Ihrer Untersuchung vornehmen zu können.

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

<b>1. Wurde bei Ihnen früher eine Mammographie durchgeführt?</b>	ja	nein
Wann? _____		
Wo? _____		
<b>2. Sind Sie an der Brust operiert worden?</b>	ja	nein
Wann? _____		
Welche Brust wurde operiert? _____		
Handelte es sich um einen bösartigen Befund?	ja	nein
Erfolgte eine Strahlentherapie der Brust?	ja	nein
<b>3. Ist in Ihrer Familie Brustkrebs aufgetreten?</b>	ja	nein
Wer ist erkrankt? _____		
<b>4. Wann war Ihre letzte Regelblutung?</b>		
<b>5. Nehmen Sie weibliche Geschlechtshormone ein? (z. B. Pille)</b>	ja	nein
<b>6. Für Frauen im gebärfähigen Alter:</b>		
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	ja	nein
Stillen Sie?	ja	nein
<b>7. Haben Sie Beschwerden in der Brust?</b>	ja	nein
Welche? _____		
Auf welcher Brustseite? _____		

Ich bin damit einverstanden, daß die radiologische Gemeinschaftspraxis die bei meinen behandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Weiterbehandlung anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Radiologen, Voruntersuchungen mit der aktuellen Untersuchung zu vergleichen.

Ich bin auch damit einverstanden, daß die radiologische Gemeinschaftspraxis die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an weiterbehandelnde Ärzte zum Zwecke der Weiterbehandlung übermittelt. Die Übermittlung dient der Information der weiterbehandelnden Ärzte.

Die Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit gegenüber der radiologischen Gemeinschaftspraxis widerrufen werden.

**Einwilligungserklärung über die bevorstehende Untersuchung:**

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.

**Ort, Datum**

**Unterschrift des Patienten/gesetzlichen Vertreters**

**Unterschrift des Arztes**