

**Mammographie
Aufklärungsbogen**

Ihr Termin:

Radiologische Gemeinschaftspraxis

DR. D. WUJCIAK · DR. M. DIESTELHORST · DIPL. - MED. M. DREVENSTEDT
H. GOLLMANN · DR. M. GÜRTLER · U. WEIDT
RADIOLOGEN
NIEMEYERSTRASSE 23 · 06110 HALLE/SAALE

am: _____
um: _____

**Niemeyer Straße 23
06110 Halle**



in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin
Dr. M. Schmalfeld · Dr. U. Neef · Dr. T. Behlendorf · Dr. S. Frank-Gleich
Niemeyerstraße 22 · 06110 Halle/Saale

Tel.: 0345/6140102- FAX: 0345/6140 210
www.halle-radiologie.de

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Email: _____
Körpergröße: _____

Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Handy/Telefon: _____
Beruf: _____
Körpergewicht: _____

Letzte Mammographie (wann, wo?) _____
Hormoneinnahmen? ja nein Wenn ja, welche?: _____
letzte Regel am: _____
Könnten Sie **schwanger** sein? ja nein Wenn ja, Schwangerschaftswoche?: _____

Symptome (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	<u>Rechts</u>	<u>Links</u>
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaustritt	<input type="checkbox"/> Farbe: _____	<input type="checkbox"/> Farbe: _____
sonstiges:	_____	_____

Brusterkrankungen/-behandlungen – welches Jahr?

	<u>Rechts</u>	<u>Links</u>
Entzündungen	_____	_____
Probeentnahme	_____	_____
brusterhaltende Therapie	_____	_____
Brustamputation	_____	_____
Implantate	_____	_____
Bestrahlung	_____	_____

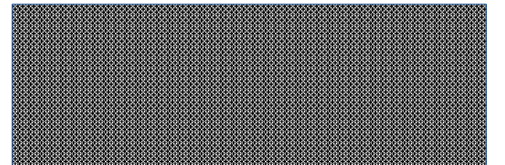
famil. Brustkrebsbelastung: nein Mutter Schwester Oma Tochter Sonstige

eigene frühere Krebserkrankung? ja nein

Wenn ja, Jahr?: _____

Organ?: _____

Anzahl der Geburten? _____



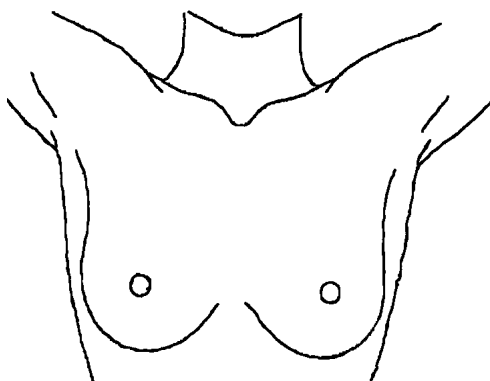
Um eine bestmögliche Bildqualität zu erreichen, cremen Sie bitte Ihre Brüste am Tag der Untersuchung nicht ein und benutzen Sie 14 Tage vorher keine zinkhaltigen Salben.

Ich habe alle Fragen verstanden. Ich willige in die Untersuchung ein. ja nein

Datum, Unterschrift: _____

Stand: 02/20

Bemerkung MTRA: _____



klinischer Befund

Unterschrift Arzt

Bitte sagen Sie unbedingt den Termin ab, wenn Sie ihn nicht wahrnehmen können - auch im Internet möglich!