

**Mammographie
Aufklärungsbogen**

**Niemeyerstraße 23
06110 Halle**

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

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

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

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

Name: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Beruf: _____

Vorname: _____
Telefon: _____
Geburtsdatum: _____
überweisender Arzt: _____

letzte Mammographie: am: _____
bei Praxis/Arzt? _____

Hormoneinnahmen: _____ seit wann? _____

letzte Regel: am: _____

Sind Sie schwanger? ja nein Schwangerschaftswoche: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

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

Brusterkrankungen – welches Jahr?

	<u>Rechts</u>	<u>Links</u>
Entzündungen	_____	_____
Probeentnahme	_____	_____
brusterhaltende Therapie	_____	_____
Brustamputation	_____	_____
Implantate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bestrahlung	_____	_____

famil. Brustkrebsbelastung: nein Mutter Schwester Oma Tochter Sonstige

eigene frühere Krebserkrankung: Jahr: _____ Organ: _____

Anzahl der Geburten: _____

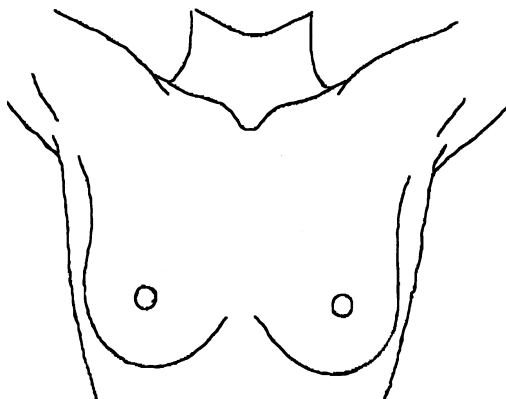
Um eine bestmögliche Bildqualität zu erreichen, cremen Sie bitte Ihre Brüste am Tag der Untersuchung nicht ein und benutzen Sie 14 Tage vorher keine zinkhaltigen Salben.

Ich habe alle Fragen verstanden. Ich willige in die Untersuchung ein. ja nein
Laut § 73 Abs. 1b SGB V willige ich hiermit ein, dass die Radiologische Praxis Befunde/Bilder ja nein
bei weiteren Ärzten einholt und bei mir erhobene Befunde/Bilder anderen Ärzten übermittelt.

Datum, Unterschrift: _____

Stand: 01/15

Bemerkung MTRA: _____



klinischer Befund

Unterschrift Arzt