

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

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. 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: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
erlernter Beruf: _____

Straße: _____
PLZ / Ort: _____
Handy / Telefon: _____
überweisender Arzt: _____

Letzte Mammographie am: _____

Bei Praxis/Arzt?: _____

Hormoneinnahmen? ja nein

Wenn ja, welche?: _____

letzte Regel am: _____

Könnten Sie **schwanger** sein? ja nein

Wenn ja, Schwangerschaftswoche?: _____

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 – welches Jahr?

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

famil. Brustkrebsbelastung: nein Mutter Schwester Oma Tochter Sonstige

eigene frühere Krebserkrankung? ja nein

Wenn ja, Jahr?: _____

Organ?: _____

Anzahl der Geburten? _____



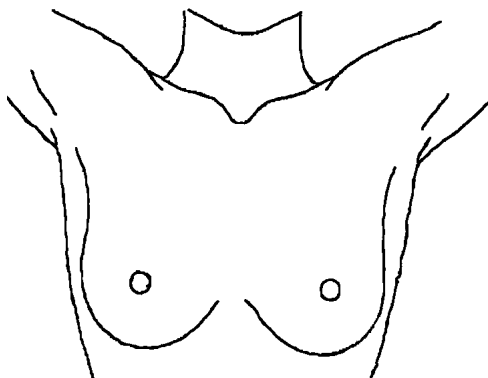
Um eine bestmögliche Bildqualität zu erreichen, cremen Sie bitte Ihre Brüste am Tag der Untersuchung nicht ein und benutzen Sie 14 Tage vorher keine zinkhaltigen Salben.

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

Datum, Unterschrift: _____

Stand: 08/18

Bemerkung MTRA: _____



klinischer Befund

Unterschrift Arzt