

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburts-Datum \_\_\_\_\_

## Fragebogen / Aufklärung zur Mammographie

**Wir bitten Sie, folgende Fragen vor der Untersuchung vollständig zu beantworten :**

Name : \_\_\_\_\_ Geburtsdatum : \_\_\_\_\_

Bestanden bei Ihnen bereits Brustkrankungen ?  ja  nein  
Wenn „ja“: Welche Erkrankungen lagen vor, wann wurde eine Therapie durchgeführt ?

\_\_\_\_\_

Bestanden in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen der Brust ?  ja  nein

Wenn „ja“: Bei wem ? \_\_\_\_\_

Wann war die letzte Periodenblutung ? \_\_\_\_\_

Wird bei Ihnen eine Hormonbehandlung durchgeführt ?  ja  nein

Wann und wo wurde bei Ihnen zuletzt eine Mammographie durchgeführt ? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft ?  ja  nein

### **Welche Beschwerden bestehen aktuell bei Ihnen ?**

Knoten in der Brust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo _____	seit _____
Absonderungen Brustwarze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo _____	seit _____
Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo _____	seit _____
Vergrößerung der Brust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo _____	seit _____
Verkleinerung der Brust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo _____	seit _____
Einziehung der Brustwarze	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo _____	seit _____
Rötung der Brust	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo _____	seit _____
Knoten in der Achselhöhle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wo _____	seit _____
Sonstige Beobachtungen :				

### **Einverständniserklärung des Patienten:**

Ich fühle mich ausreichend informiert und über alternative Untersuchungsmethoden aufgeklärt und willige in die Untersuchung / Therapie ein. Ich habe keine weiteren Fragen an den Arzt.

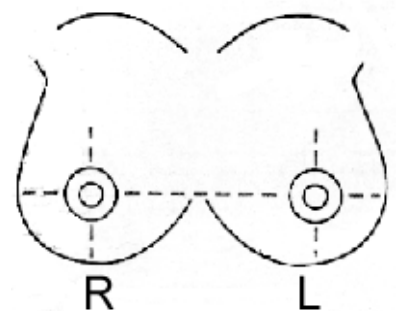
Datum \_\_\_\_\_

*Unterschrift des Patienten (bzw. des / der Sorgeberechtigten)*

Untersuchende(r) Arzt / Ärztin:

**Rechtfertigende Indikation erteilt:**  Ja  Nein

**Ärztliche Vermerke:**



Datum \_\_\_\_\_

*Unterschrift des Arztes /der Ärztin*