

# Kernspintomographie - Brust (MRT)



**Drewes+Partner**

**Röntgen-Nuclear-Institut**  
Medizinisches Versorgungszentrum

**Möserstraße 50**  
**49074 Osnabrück**

Telefon: 0541-600100  
Telefax: 0541-6001010  
www.drewes-partner.de  
info@drewes-partner.de

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

Sie werden in Kürze zur Kernspintomographie der Brust aufgerufen. Anschließend erfolgt noch eine Besprechung und körperliche Untersuchung durch den Arzt. Um den Ablauf auch in Ihrem Interesse zu beschleunigen, möchten wir Sie vorab um einige Informationen bitten (*zutreffendes* bitte ankreuzen ☐) :

Letzte Mammographie \_\_\_\_/\_\_\_\_ wo ? ☐ Drewes + Partner ☐ Dr. Jäschke  
☐ Dr. Scholz ☐ \_\_\_\_\_

Anzahl Ihrer leiblichen Kinder \_\_\_\_\_ davon gestillt \_\_\_\_\_

**Brustvorerkrankungen** ☐ keine  
☐ rechts ☐ links wann ? \_\_\_\_\_  
☐ Entzündung ☐ Operation ☐ gutartig ☐ bösartig  
☐ Bestrahlung ☐ Chemotherapie ☐ Antihormone

**Brustkrebserkrankungen in Ihrer Familie** (Blutsverwandschaft) ☐ nein  
☐ ja, wer ? \_\_\_\_\_ Alter bei Erkrankungsbeginn ca. \_\_\_\_\_

**Hormontherapie (Pille, Östrogene, Wechseljahrespräparate)** ☐ nein  
☐ ja, Dauer \_\_\_\_\_ bis ☐ jetzt ☐ wann ? \_\_\_\_\_

Besteht eine **Schwangerschaft** ? ☐ ja ☐ nein

Derzeitige brustbezogene Beschwerden / Grund der Untersuchung : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **DATUM, UNTERSCHRIFT**

.....  
Aufzeichnungen des Arztes :

Datum :

