

# 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.

Für eine korrekte Einordnung der Befunde, möchten wir Sie

Um einige Informationen bitten (*Zutreffendes* bitte ankreuzen ☒) :

Letzte Mammographie \_\_\_\_/\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_

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 :

