

M a m m o g r a p h i e

(Frauen)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Sie werden in Kürze zur Mammographie bzw. zum Ultraschall 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? _____

Anzahl Ihrer leiblichen Kinder _____ davon gestillt _____

Brustvorerkrankungen

keine

rechts

links

wann? _____

Untersucher _____

Entzündung

Operation

gutartig

bösartig

Bestrahlung

Chemotherapie

Brustkrebserkrankungen in Ihrer Familie (Blutsverwandschaft) nein

ja, wer? _____ Alter bei Erkrankungsbeginn ca. _____

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)? nein

ja, wer? _____ Alter bei Erkrankungsbeginn ca. _____

Hormontherapie

nein

ja Welche? Pille, Östrogene, Wechseljahrespräparate

Antihormone

Dauer _____ bis jetzt wann? _____

Tamoxifen

Arimidex

Besteht eine Schwangerschaft? ja nein

Haben Sie eine Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis, etc.) ja nein

Haben Sie eine Allergie? ja nein wenn ja, wogegen? _____

Nehmen Sie ein Blut verdünnendes Medikament ein? ja nein
wenn ja, welches? _____

Derzeitige brustbezogene Beschwerden / Grund der Untersuchung _____

Auf die Herausgabe einer Kopie dieses Dokumentes verzichte ich.

Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. §73 Abs. 1b SGB V

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Einholung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten von und an mit- und weiterbehandelnde Ärzte sowie andere Leistungserbringer.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise schriftlich und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Alle Angaben nach Art. 13 und 14 DSGVO wurden mir zugänglich gemacht.

Patientenunterschrift

.....

Aufzeichnungen des Arztes:

Datum:

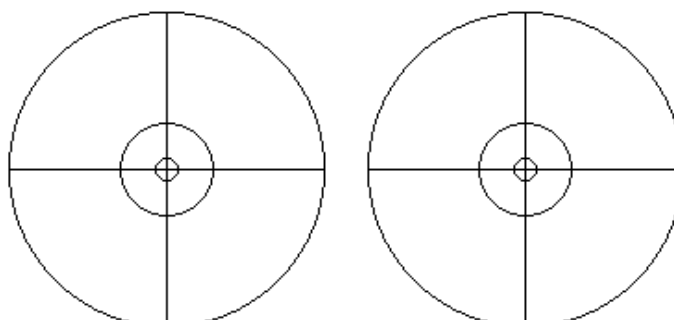
Re. CC

Li. CC

Re. MLO

Li. MLO

Kürzel MTA



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