

# 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 :

