

Nachname: _____

Körpergröße: _____

Geburtsdatum: _____

Vorname: _____

Gewicht: _____

Voraufnahmen: ja nein

- Sind Sie schon einmal an der Brust erkrankt oder operiert worden? ja nein

Wenn ja: gutartig bösartig wann? _____ welche Seite? _____

Chemotherapie Bestrahlung Anti-Hormontherapie

- Sind Sie schon einmal am Unterleib operiert worden? ja nein

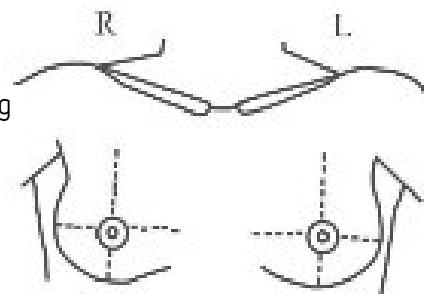
Wenn ja: wann? _____ welche Art der OP? _____

- Haben Sie Beschwerden? ja nein

Schmerzen tastbare Knoten Flüssigkeitsaustritt

Einziehungen Brustvergrößerung Hautveränderung/Rötung

Ziehen



- Meine letzte Mammographie war am _____

- Meine letzte Periode war am _____

- Ich befinde mich in der Menopause seit? _____

- Ich nehme derzeit Hormone (Menopausale) ja nein

Wenn ja, welche _____ seit wann? _____

Familiäre Anamnese

- In meiner Familie ist **Brustkrebs** aufgetreten

Wenn ja, wer: Tochter Mutter Schwester Großmutter Tante/Cousine

Erkrankungsalter: _____

- In meiner Familie ist **Eierstockkrebs** aufgetreten

Wenn ja, wer: Tochter Mutter Schwester Großmutter Tante/Cousine

Erkrankungsalter: _____

- Anzahl der Geburten: _____

- Sind Sie schwanger? ja nein

Ich bin mit einer Röntgenuntersuchung einverstanden ja nein

Die Mammographiebilder wurden (digital) erstellt und verbleiben in unserem Archiv. Ich bin einverstanden, dass der Befund von der heutigen Untersuchung an meinen überweisenden Arzt übermittelt wird.

Berlin, den: _____

Unterschrift Patient: _____

Interne Anmerkungen:

Name MTRA:

--

Anatomische Besonderheiten:

Bemerkungen der MTRA, die nicht zu „anatom. Besonderheiten“ gehören:

<input type="checkbox"/> Kreislaufschwäche

Bemerkungen des Arztes zur Bildqualität:

z. B. Warum sind Aufnahmen nicht wiederholt worden