

Pat.-Nr.:

Datum:

Nachname:

Vorname:

Geb.-Datum:

Tel.-Nummer:

Adresse:

Mammographie | Sonographie

Letzte Mammographie (wann,wo):

Erste Menstruationsblutung (Lebensjahr):

Letzte Menstruationsblutung (Lebensjahr/Tag):

Anzahl der Geburten vor dem 30. Lebensjahr:

Anzahl der Geburten nach dem 30. Lebensjahr:

Dauer der Stillzeiten:

Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft? JA NEIN

Ich stille zur Zeit

Nehmen Sie Hormonpräparate? (Pille)

Welches? _____

Seit wann? _____

Dosierung? _____

Schwere Brustdrüsenentzündung (Lebensjahr?, welche Brust?)

Hatten Sie bereits Operationen an der Brust? (wann? Rechts? Links?, Ergebnis?)

Wurde eine Brust bestrahlt? (bis wann? Rechts? Links?)

Familiäre Krebsbelastung (Wer?, welches Organ?)

Veränderung an der Brust? (seit wann? Welche? Rechts? Links?)

Erklärung über die Einwilligung:

Ich habe keine weiteren Fragen und willige in die geplante Untersuchung ein.

Ich möchte eine Kopie von diesem Bogen.

Nein, ich möchte keine Kopie.

Gemäß § 73 Abs.1b SGB V willige ich hiermit bis auf Widerruf ein, dass meine behandelnden Ärzte Befunde bei weiteren Leistungserbringern einholen und bei mir erhobene Befunde mitbehandelnden Ärzten übermitteln.

Baden-Baden, Datum

Unterschrift Patient/in

Unterschrift Arzt

Technische Daten:

Gerätetyp:	Planmed Sophie Classic
Belichtung:	vollautomatisch
Folien:	Fuji HR B
Filmtyp:	Fuji DI-HL

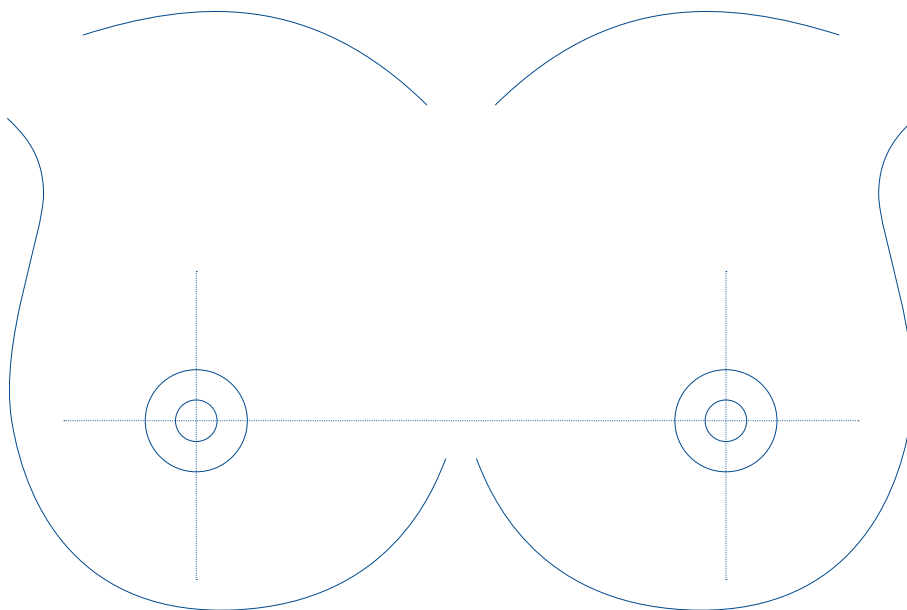
wird von MFA und Arzt ausgefüllt








Aufnahmen:

kV/mAs

	cc	schräg	ml
rechts			
links			
weitere Aufnahmen			

Unterschrift MFA:



-  verschieblicher Knoten
-  invertierte Mamille
-  Einziehung (Haut, Mamille)
-  Hautwarze o.ä.
-  nicht verschieblicher Knoten
-  Verhärtung
-  Narbe

Bemerkungen:

Unterschrift Arzt:
