

Bonn, den _____

NAME: _____
ANSCHRIFT: _____
KRANKENKASSE: _____

Aufklärungsbogen und Einverständniserklärung: Konventionelle Mammographie und/oder Mamma-Sonographie

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

mit Ihrem Einverständnis soll bei Ihnen eine digitale Mammographie und/oder eine Sonographie der Brust durchgeführt werden. Die Mammographie ist ein spezielles Röntgenverfahren, um auch sehr kleine Veränderungen, z. B. atypische Mikroverkalkungen, frühzeitig erkennen zu können. Die Strahlungsbelastung wird so gering wie möglich gehalten. Die Mammographie bildet neben der Sonographie, die Basis der radiologischen Brustdiagnostik. Normalerweise werden je Brust zwei Aufnahmen aus unterschiedlichen Winkeln angefertigt. *Um eine optimale Darstellung zu erlangen wird die Brust in einer speziellen Halterung zwischen zwei „Platten“ komprimiert/ „zusammengedrückt“, was unangenehm, aber erforderlich ist.* Die Sonographie arbeitet ohne Strahlung und ist ein notwendiger, ergänzender Baustein zur Abklärung der Brust bzw. von Auffälligkeiten.

Um die Durchführung der Untersuchung für Sie so sicher wie möglich zu gestalten, bitten wir Sie die folgenden Fragen zu beantworten.

Wurden Sie schon einmal bei uns untersucht? ja nein

Röntgen-Anamnese: Letzte Mammographie, Mamma-Sonographie oder Kernspintomographie der Brust

Praxis	Datum
--------	-------

Für Frauen im gebärfähigen Alter:

Zeitpunkt der letzten Periode

Datum

Besteht eine Schwangerschaft?

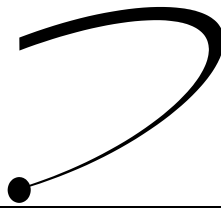
ja nein

Stillen Sie zurzeit?

ja nein

Schildern Sie bitte kurz Ihre Beschwerden und geben Sie den Anlass der Untersuchung an:

WICHTIG: BITTE FÜLLEN SIE AUCH DIE RÜCKSEITE AUS.



WIEDERVORSTELLUNGSPATIENTIN

Anamnese:

Änderung zum Vorbefund, zu Ihrer letzten Kontrolle? ja nein

Wenn ja, was: _____

NEUPATIENTIN

Anamnese:

Hormon-Medikation, z.B. Östrogen-/Gestagen-Präparate (wenn ja: welches)? ja nein

Brustoperation (wenn ja: welche Seite, wann, wo, Ergebnis)? ja nein

Strahlentherapie (wenn ja: welche Brust, wann)? ja nein

Chemotherapie (wenn ja: wann und wo)? ja nein

Antiöstrogen-Therapie? ja nein

Eierstock-Krebs in der Familie? ja nein

Familiäre Brustkrebsbelastung (wenn ja: welches Familienmitglied, welches Alter)? ja nein

- Ich habe die Informationen verstanden und habe keine zusätzlichen Fragen.
- Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.
- Bitte händigen Sie mir eine Kopie des Aufklärungsbogens aus.

Bonn, den _____

Unterschrift der Patientin: _____

Interne Dokumentation	MTRA	Arzt/ Ärztin	
Bemerkungen/Befund:			