

MVZ Radiologie München Süd West

Fragebogen zur Durchführung einer Mammographie/Sonographie

Name:

Geb.-Datum:

Sono ja nein
Bds. re. li.
VA ja nein
(Ist nur vom Arzt auszufüllen)

Bitte beantworten Sie nachfolgende Fragen:

1. Wann wurde die letzte Mammographie gemacht?
Gibt es Voraufnahmen? ja nein
2. Haben Sie derzeit Beschwerden?
falls ja, welche? ja nein
3. Ist bei Ihnen eine bösartige Erkrankung bekannt? ja nein
4. Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebserkrankungen? ja nein
5. Wurden Sie schon an der Brust operiert?
falls ja: rechts links, wann? ja nein
6. Wurde innerhalb der letzten 4 Wochen eine Ultraschalluntersuchung der Brust gemacht? ja nein
7. Wann war Ihre letzte Periode?
8. Nehmen Sie Hormonpräparate ein?
falls ja, welche? seit wann? ja nein
9. Haben Sie Kinder? ja nein
10. Falls Sie gestillt haben, gab es Probleme (z.B. Brustentzündungen)? ja nein
11. Kommt aus der Brustwarze ein Sekret?
Wenn ja: rechts links, Farbe: weißlich gelblich rötlich ja nein
12. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? ja nein
13. Hatten Sie gynäkologische Operationen?
Wenn ja, welche:, wann:, wo: ja nein
14. Ist eine Infektionskrankheit bei Ihnen bekannt (Hepatitis, HIV)? ja nein

Einwilligung zur Mammographie/Sonographie

Der Anforderung auswärtiger Voraufnahmen stimme ich, falls erforderlich, zu. ja nein

Mit der Durchführung der Mammographie/Sonographie bin ich einverstanden.

Datum _____ Unterschrift _____

Indikation zur Röntgenuntersuchung durch einen fachkundigen Arzt geprüft: _____