



Anamnesebogen für Röntgen , Mammographie und Mammasonographie

Name: _____ Geb.-Datum: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____ Krankenkasse: _____

Bitte beantworten Sie vor der Durchführung der Röntgenaufnahme folgende Fragen:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Wurden Sie schon einmal geröntgt? Ja () Nein ()

Wenn ja, wann war die Untersuchung? _____

Welches Körperteil wurde geröntgt? _____

Hatten Sie aktuell einen Unfall / Sturz, der mit den Beschwerden zu tun hat? Ja () Nein ()

Wenn ja, wann? _____

Wurde Ihnen schon einmal ein Kontrastmittel verabreicht? Ja () Nein ()

Wenn ja, wann und was wurde untersucht? _____

Hatten Sie schon einmal eine Strahlenbehandlung nach einer Krebsoperation? Ja () Nein ()

Wenn ja, wann war diese Behandlung? _____

Welches Körperteil wurde behandelt? _____

Bestehen bei Ihnen Allergien gegen Medikamente? Ja () Nein ()

Sind Sie schwanger oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? Ja () Nein ()

Nur für aktuelle Mammographie/Sonographie-Patienten auszufüllen:

Gibt es familiäre Brustkrankungen? Ja () Nein ()

Hatten Sie bereits Operationen an der Brust? Ja () Nein ()

Wann und wo wurde die letzte Mammographie/Sonographie durchgeführt? _____

Wann war Ihre letzte Periode? _____

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Port? Ja () Nein ()

Wir bitten Sie, das ausgehändigte Bildmaterial (CD) sorgsam aufzubewahren, da wir bei einer Zweitausfertigung einen Kostenbeitrag von 5€ erheben müssen.

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass ich mit der Durchführung der Untersuchung und der Übermittlung meines Befundes an den überweisenden und von mir ausdrücklich dem Praxispersonal genannten Arzt einverstanden bin, inkl. der Weitergabe meiner medizinischen Daten an die Ärztliche Stelle Hessen.

Datum

Unterschrift des Patienten

Vom Personal auszufüllen:

Sonstiges: _____