



Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Geb.-Datum: _____ Gewicht/Größe: _____ Krankenkasse: _____

Adresse: _____

Email-Adresse(bitte **LESERLICH** schreiben): _____

Bitte händigen Sie uns **Voraufnahmen** sowie **Arztberichte** von Voruntersuchungen **vor** Beginn der Untersuchung aus.

Bitte Zutreffendes bitte ankreuzen:

Könnten Sie schwanger sein?

Nein Ja

Wurde schon einmal eine Mammographie durchgeführt?

Nein Ja Wann _____

Wurde bei Ihnen eine Ultraschalluntersuchung (Sonographie) der Brust durchgeführt?

Nein Ja Wann _____

Bestehen derzeit Beschwerden an Ihrer Brust?

Nein Ja Welche _____

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten (Hepatitis, HIV, MRSA oder andere) bekannt?

Nein Ja

Wann war Ihre letzte Periode?

Gibt es familiäre Brusterkrankungen?

Nein Ja Mutter Schwester

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder einen Port?

Nein Ja

Hatten Sie bereits Operationen an der Brust?

Nein Ja

Wurde eine Brust entfernt?

Nein Ja

In einzelnen Fällen kann es möglich sein, dass wir die Mammographie technisch oder aufgrund eines Verletzungsrisikos nicht durchführen können, z.B. bei fortgeschrittener sog. Kapselbildung oder sehr alten Implantaten.

Sind Brustimplantate vorhanden?

Nein Ja Seit wann _____

Wie beurteilen Sie selbst Ihr(e) Implantat(e) in Bezug auf eine sogenannte „Kapselbildung“?

Die Brust ist weich und sieht natürlich aus.

Die Brust ist etwas fester, sieht natürlich aus.

Die Brust ist fester und verformt.

Die Brust ist hart, verformt und schmerzt.

Einwilligung zur Erhebung/ Übermittlung von Patientendaten

Ich bin einverstanden, dass die zur Befundung notwendigen Vorbefunde /Bilder/Blutwerte angefordert werden dürfen.

Ich bin mit der Weitergabe von Befunden/Bildern an die mich behandelnden Ärzte einverstanden.

Meine Befunde/Bilder dürfen auch an Dritte (**Ehepartner/Lebensabschnittsgefährten/Kinder**) ausgehändigt werden. Mir ist bewusst, dass von berechtigten Dritten ein Identitätsnachweis gefordert wird.

Name der berechtigten Person/Personen:

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 Arzt** einverstanden bin, inkl. der Weitergabe meiner **medizinischen Daten** an die Ärztliche Stelle Hessen, KV Hessen, Krankenkassen, BG und Med.-Dienst bei deren Anfragen. Des Weiteren bestätige ich die Richtigkeit der auf dem Anamnesebogen gemachten Angaben.

Unterschrift des Patienten/ Erziehungsberechtigten