curavid
strahlentherapie | radiologie

Mammographie/Sonographie Patientenaufklärung

Name / Vorname: _____ **geb. am:** _____

Telefon: _____

Größe: _____ **Gewicht**: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!

Ihr Arzt hat Ihnen die Durchführung einer Brustuntersuchung empfohlen.

Sollte eine Mammographie geplant sein, haben Ihr überweisender Arzt und der Radiologe Nutzen und Risiken der Mammographie für Sie sorgfältig geprüft.

Bitte beachten Sie auch das im Wartebereich ausliegende Informationsblatt „Nutzen und Risiko medizinischer Strahlenanwendungen in der Medizin“ des Fachverbands für Strahlenschutz e.V..

Bitte beantworten Sie uns zu Ihrer und unserer Sicherheit folgende Fragen:

Ist bei Ihnen bereits einmal eine Mammographie durchgeführt worden? □ ja □ nein

Falls ja: wann und wo? ……

……

Haben Sie Beschwerden an der Brust? □ ja □ nein

Falls ja:

Schmerzen	□ rechts	□ links
Knoten getastet	□ rechts	□ links
Sekretion	□ rechts	□ links

Bitte wenden →

Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebs? □ ja □ nein

Falls ja:

□ Mutter □ Großmutter □ Schwester □ sonstige: ……..

Besteht bei Ihnen oder in Ihrer Familie Eierstockkrebs? □ ja □ nein

Wurden Sie an der Brust schon einmal operiert? □ ja □ nein

Falls ja: Wann und wo? ……

Seite: □ rechts □ links

Grund: ……

Nehmen Sie Hormonpräparate ein? □ ja □ nein

Falls ja: welche? …….

Behandelnde/r Gynäkologe/-in: ……..

Könnte aktuell eine Schwangerschaft vorliegen oder stillen Sie? □ ja □ nein

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden. □ ja □ nein

…….. ……

Datum, Unterschrift Patient/Patientin Unterschrift Arzt/Ärztin

……

Ggf. Datum, Name/Vorname/Unterschrift gesetzliche/r Vertreter/in