

Ich habe keine weiteren Fragen zu der geplanten Untersuchung und benötige keine weitere Bedenkzeit. Ich bestätige die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben und willige zur geplanten, aufschiebbaren Mammographie Untersuchung ein.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Patientin/ Patient bzw. Betreuer \_\_\_\_\_ Ärztin/Arzt \_\_\_\_\_  
oder Sorgeberechtigten

Folgendes wird von den Radiologischen Assistent(in)en bzw. vom Arzt / von der Ärztin ausgefüllt  
**Befund** (ankreuzen)

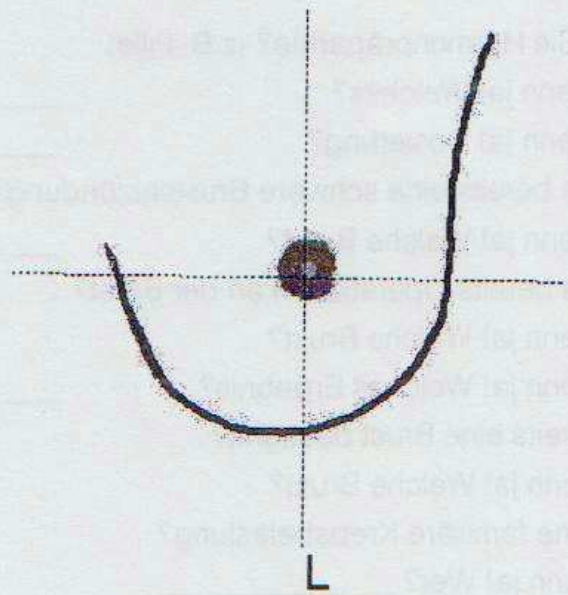
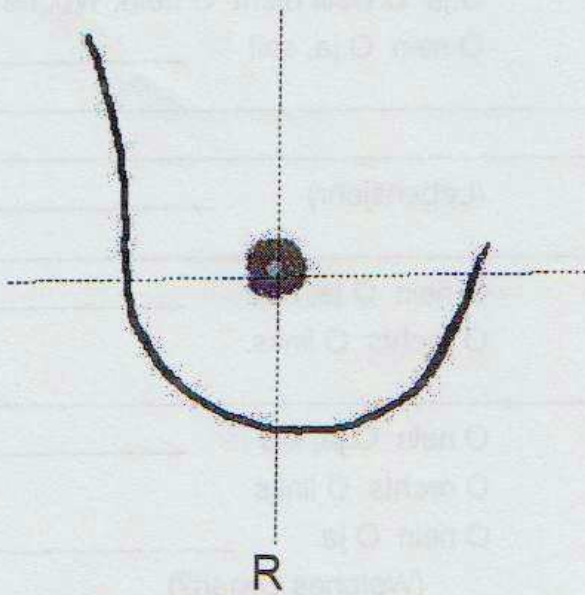
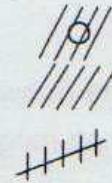
weiche Brust: \_\_\_\_\_  
knotiger Drüsenkörper: \_\_\_\_\_

fester Drüsenkörper: \_\_\_\_\_  
grobknotiger Drüsenkörper: \_\_\_\_\_

Zusätzlicher Befunde:  
(Mehrere bekannt, bitte nummerieren)

Verschieblicher Knoten:  
Invertierte Mamille:  
Einziehung (Haut, Mamille):  
Warze o.ä.

○ nicht verschieblicher Knoten:  
△ Verhärtung:  
□  
● Narbe:



Nd-Nr.:	ungefähre Größe:	bekannt seit:	Größenveränderung: ↑↓ =
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Knotenstatus:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_