

Um mögliche Risiken zu vermeiden, beantworten Sie bitte folgende Fragen vor der Mammographie:

Patientenaufkleber

- Haben Sie Schmerzen in der Brust? Wenn ja! Welche Seite? nein ja → rechts links
- Werden Sie nachts von den Schmerzen wach? nein ja, seit _____
- Stillen Sie zurzeit? nein ja _____
- Ist zum jetzigen Zeitpunkt eine Schwangerschaft sicher ausgeschlossen? Röntgenuntersuchungen können in der Schwangerschaft möglicherweise Schädigungen des Kindes hervorrufen.
 ja weiß nicht nein, Woche _____
- Nehmen Sie Hormonpräparate? (z.B. Pille) nein ja, seit _____
Wenn ja! Welches? _____
Wenn ja! Dosierung? _____
- Hatten Sie bereits Operationen an der Brust? nein ja, am _____
Wenn ja! Welche Brust? rechts links
Wenn ja! Welches Ergebnis? _____
- Wurde bereits eine Brust bestrahlt? nein ja, bis _____
Wenn ja! Welche Brust? rechts links
- Besteht eine familiäre Krebsbelastung? nein ja _____
Wenn ja! Wer? _____ (Welches Organ?) _____

- Haben aktuell Sie oder Ihr Arzt die Veränderung an der Brust gemerkt? _____
Welche Brust? rechts links Welche Veränderung? _____
Größe der Veränderung? _____ Seit wann? _____
- Haben Sie einen Flüssigkeitsaustritt an der Brustdüse bemerkt?
Welche Brust? rechts links Welche Farbe? _____
Zytologisches Ergebnis? _____ Seit wann? _____

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
oder Sorgeberechtigten

Ärztin/Arzt