

Радиологическая практика широкого спектра

Др. Мед. Ютта Позер / Хайке Грау

**Рентген – маммография – нейрорадиология – ультразвук – остеоденсиметрия –
КТ – МРТ**

Хеллерсдорфер Штр. 77 12619 Берлин, Тел.:56 88 150

Опросник- Маммография Диагностика

Фамилия:..... **Имя:**..... **Дата рождения:**.....

Телефон:.....

Уважаемая пациентка,

Вас направили к нам для обследования молочной железы. Для оптимальной диагностики ответьте, пожалуйста на следующие вопросы:

Где у вас нащупали узел? да нет
Где? право лево

Есть ли у Вас боли в груди? да нет
Где?

.....

Из груди выделяется секрет или кровь? да нет
Какая сторона и что? право лево

Есть ли у Вас грудные имплантаты? да нет

Делали ли Вы когда нибудь операцию или пункцию груди? да нет
Где и что?

.....

Вы лечились от рака молочной железы? да нет

Рожали ли вы детей? да нет

Кормили ли вы грудью дольше 4 недель? да нет

Были ли у Вас проблемы в период грудного вскармливания? да нет
Какие??

.....

Когда у Вас был последний менструальный цикл?

Принимаете ли Вы противозачаточные таблетки
или гормональные препараты по назначению врача? да нет

Какой препарат?

.....

Есть ли вероятность беременности? да нет

Был ли у вас рак яичников или толстого кишечника? да нет

Известны ли случаи рака груди в семье? да нет

До 50 лет? да нет

Кто?

.....

Проводилась ли Вам уже маммография? да нет

Когда и где?

.....

Привиты ли Вы от коронавируса? да нет

Если да, то какой вакциной?

.....

Есть ли у Вас инфекция с повышенной температурой или коронавирусная инфекция? да нет

Я согласна с проведением маммографии да нет

Я согласна с передачей информации направившему меня врачу? да нет

Если Вы **не желаете**, чтобы Вас вызвали по фамилии, обратитесь пожалуйста в регистратуру.

Дата:

Подпись:

Мы относимся к защите Ваших персональных данных очень серьезно и придерживаемся закона регулирования защиты данных, с которым вы можете ознакомиться в комнате ожидания.