

Röntgenpraxis im SpreeCenter

Drs. med. Clemens Kösters & Heike Grau & Jutta Poser & Uta Bach & Cornelia Heinitz
Fachärzte für Radiologische Diagnostik

**Röntgen – MRT – Mammografie – Sonografie – Osteodensitometrie -
Computertomografie**

Röntgenpraxis im SpreeCenter
56881524

12619 Berlin

Hellersdorfer Str. 77

Tel. 030 56 88150 / Fax. 030

homepage: www.berlin-roentgen.de

mail: anmeldung@berlin-roentgen.de

Fragebogen - Mammadiagnostik

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Telefon:

Liebe Patientin,

Sie wurden zu uns überwiesen, damit wir Ihre Brustdrüse untersuchen. Für eine optimale Diagnostik beantworten Sie uns bitte dazu folgende Fragen:

Wurde bei Ihnen ein Knoten getastet? Wo?	0 ja 0 rechts	0 nein 0 links
Haben Sie Schmerzen in der Brust? Wo?	0 ja	0 nein
Sondert die Brust ein Sekret oder Blut ab? Welche Seite, was?	0 ja 0 rechts	0 nein 0 links
Haben Sie Brustimplantate?	0 ja	0 nein
Wurden Sie schon an der Brust operiert oder punktiert? Wo und was?	0 ja	0 nein
Hatten Sie eine Brustkrebsbehandlung ?	0 ja	0 nein
Haben Sie Kinder geboren?	0 ja	0 nein
Haben Sie länger als 4 Wochen gestillt?	0 ja	0 nein
Hatten Sie Probleme während der Stillzeit? Welche??	0 ja	0 nein
Wann hatten Sie Ihre letzte Regelblutung ?		
Nehmen Sie die Pille oder Hormone vom Frauenarzt? Welches Präparat ?	0 ja	0 nein
Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ?	0 ja	0 nein
Hatten Sie Eierstockkrebs oder Dickdarmkrebs ?	0 ja	0 nein
Ist Brustkrebs in der Familie bekannt? Vor dem 50. Lebensjahr? Wer?	0 ja 0 ja	0 nein 0 nein
Hatten Sie schon eine Mammografie ? Wann und Wo	0 ja	0 nein
Ich bin mit der Mammographie einverstanden	0 ja	0 nein
Ich bin mit der Informationsübermittlung an den überweisenden Arzt einverstanden?	0 ja	0 nein

Wenn Sie **nicht** mit Ihrem Namen aufgerufen werden wollen, wenden Sie sich bitte an die Anmeldung.

Datum

Unterschrift

Wir nehmen den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und halten uns an die DSVO, diese hängt im Wartezimmer zur Kenntnisnahme für Sie aus.
RI überprüft um: