

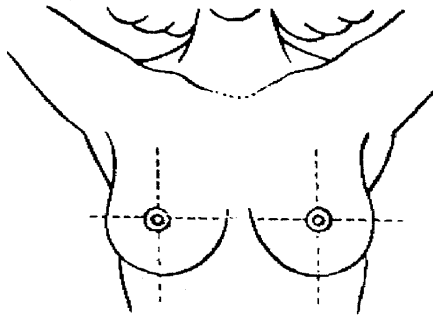
# RADIOLOGISCHE PRAXIS BAD SÄCKINGEN

## S. Leutzbach / Dr. J. Bürk / Dr. Ph. Franke

Röntgen - Mammographie - Sonographie - Nuklearmedizin - Computertomographie - Kernspintomographie - offene Kernspintomographie

### Mammographie

- vom Arzt auszufüllen -



Rcc: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lcc: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Rmlo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lmlo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- von der Patientin auszufüllen -

Name: .....

Straße: .....

Wohnort: .....

Tel.Nr.: .....

- bitte nicht beschriften -

**Wann war Ihre letzte Mammographie bei uns?**

**Oder: Wo und wann wurde die letzte Mammographie gemacht?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Was trifft auf Sie zu?**

|                                        | rechts                   | links                    | selbst bemerkt           | vom Arzt bemerkt         | Wann? |
|----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| Knoten                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Schmerzen                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sekretion<br>(Flüssigkeitsabsonderung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

**Die Einnahme / Benutzung welcher Hormonpräparate/Medikamente trifft auf Sie zu?**

|                            | Ja                       | Nein                     | früher                   | Wie lange | Name  |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-------|
| Pille                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     | _____ |
| Spirale                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     | _____ |
| Pflaster                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     | _____ |
| Gel                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     | _____ |
| and. Medikamente/Präparate | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____     | _____ |

**Welche Vorerkrankungen / Behandlungen/Operationen haben/hatten Sie?**

|                             | Ja                       | Nein                     | Wann? | Grund/Welches Organ? |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|----------------------|
| Brustentzündung             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____                |
| Operation – Brust           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____                |
| Operation - Gebärmutter     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____                |
| Krebserkrankung (allgemein) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____                |

**Welche Vorerkrankungen / Behandlungen treffen auf Sie zu?**

|                  | Ja                       | Nein                     | Wann? | Grund/Welches Organ? |
|------------------|--------------------------|--------------------------|-------|----------------------|
| Punktion         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____                |
| Gewebsentnahme   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____                |
| Knotenentfernung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | _____                |

**Welche Krebserkrankungen gab und gibt es in Ihrer Familie?**

Wer? \_\_\_\_\_ Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Liegt aktuell eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV, MRSA, Tuberkulose) vor?**

Ja  Nein Wenn ja, welche?: \_\_\_\_\_  
**Rauchen Sie?**  Ja  Nein

**Wann war Ihre erste Periode?** (Datum, Jahr oder Alter) \_\_\_\_\_

**Wann war Ihre letzte Periode?** (Datum, Jahr oder Alter) \_\_\_\_\_

**Wie viele Schwangerschaften hatten Sie? Anzahl**

- Schwangerschaften insgesamt \_\_\_\_\_
- Geburten \_\_\_\_\_
- Schwangerschaftsabbrüche \_\_\_\_\_
- Fehlgeburten \_\_\_\_\_

**Wie viele Kinder haben Sie?**

davon gestillt:  alle  teils \_\_\_\_\_ Wie lange? \_\_\_\_\_  Nein

Dürfen wir dem **überweisenden Arzt** einen Bericht schicken?  Ja  Nein

Sollen außer dem überweisenden Arzt **weitere Ärzte** über das Ergebnis informiert werden?

Ja, (Name):.....  Nein

Dürfen wir bei Anfrage von **anderen Ärzten oder Kliniken** (sehr hilfreich bei z.B. stationärem Aufenthalt) Auskunft erteilen?  Ja  Nein

Wem dürfen wir ggfs. noch **Auskunft** erteilen (z.B. Ehepartner, Eltern etc., bitte Namen angeben)?

.....  
Dürfen wir die Befunde **per Fax** an Ärzte und Kliniken weiterleiten?  Ja  Nein  
(Befund per Post dauert 3-7 Tage)

Bitte geben Sie uns Ihr **Einverständnis**, dass

- alle Ärzte in der Praxis, auch vertretungsweise, Einsicht in Ihre Unterlagen nehmen dürfen  Ja  Nein
- wir Einsicht in alte Untersuchungsunterlagen von Ihnen nehmen dürfen  Ja  Nein
- wir weitere Vorbefunde behandelnder Ärzte und Kliniken anfordern dürfen  Ja  Nein

Eine **Patienteninformation** zur Datenverarbeitung liegt im Wartezimmer aus. Sollten noch Fragen bestehen, werden wir diese gerne beantworten.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Fragebogen gelesen haben, alle Fragen verstanden und wahrheitsgemäß beantwortet haben und in die Untersuchung einwilligen.

Bad Säckingen, den ..... Unterschrift .....

Das Einverständnis gilt auf unbestimmte Zeit und kann jederzeit widerrufen werden.  
(Befunde sind jedoch in der Regel binnen 24h versandt)

**Bitte behalten Sie den Fragebogen bei sich, bis Sie aufgerufen werden.**