



Mammografie

Patientenfragebogen

Wir bitten Sie um folgende Angaben:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ist eine Schwangerschaft ausgeschlossen? nein ja

Eventuell Beginn der letzten Regelblutung: _____

Nehmen sie Hormonpräparate ein? nein ja

Wurde eine Brust operiert und/oder bestrahlt? nein ja

Wenn ja, welche Seite und wann: _____

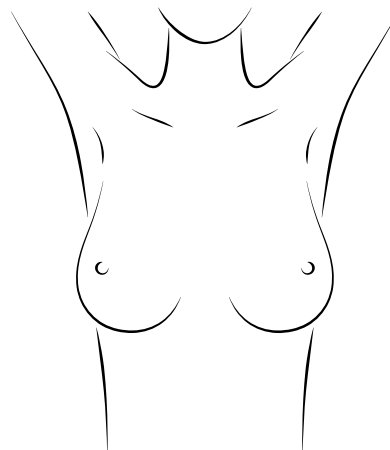
Haben Sie selbst Veränderungen an einer Brust bemerkt? (Tastbefund, Hautveränderungen, Sekretion aus der Brustwarze) nein ja

Datum der letzten Mammografie/Mammasonografie:

Vielen Dank!
Sollten Sie Fragen haben,
sprechen Sie uns bitte ungeniert an.

Von der Radiologieassistentin auszufüllen

Hautveränderungen, Narben, Tastbefunde:



Basismammografie: nein ja
Routinekontrolle: nein ja

Technische Angaben

Standardaufnahmen	cc			mlo		
Rechts	P	kV	D	P	kV	D
Links	P	kV	D	P	kV	D

Zusatzaufnahmen	cc	mlo				
Rechts	P	kV	D	P	kV	D
Links	P	kV	D	P	kV	D

Datum, Unterschrift _____