

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 Silikonimplantate? nein ja

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

Familienanamnese: Ist in Ihrer Familie Brust- oder Eierstockkrebs bekannt? nein ja

Wenn ja, wer _____

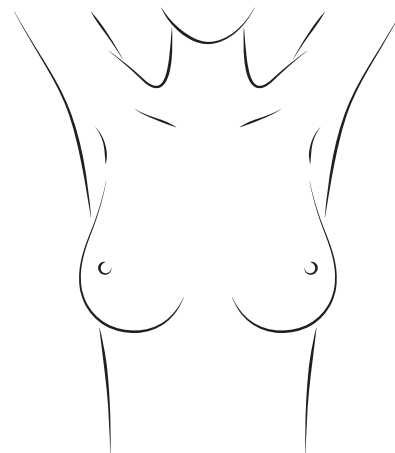
Datum der letzten Mammografie/Mammasonografie: _____

Vielen Dank!

Sollten Sie Fragen haben,
sprechen Sie uns bitte ungeniert an.

Von der MTRA auszufüllen

Hautveränderungen, Narben, Tastbefunde:



Basismammografie: nein ja
Routinekontrolle: nein ja

Datum, Unterschrift _____

Kontakt

Gesundheitszentrum Fricktal AG
Radiologie

Spital Rheinfelden

Riburgerstrasse 12
4310 Rheinfelden
T + 41 (0)61 835 65 17
radiologie.rheinfelden@gzf.ch

Spital Laufenburg

Spitalstrasse 10
5080 Laufenburg
T + 41 (0)62 874 53 35
radiologie.laufenburg@gzf.ch