

MVZ Radiologie Tempelhof GmbH
Mariendorfer Damm 26, 12109 Berlin

Dr. med. Jörg Büsselberg*
Andreas Gierke*
Dipl.-Med. Jacqueline Janke
Elke Magerl
Dr. med. Kathrin Häßler

Fon: 030-705 500 90 90
Fax: 030-705 500 90 99

*Geschäftsführer

Anamnese - und Fragebogen

Name: Telefonnummer:

Vorname: Krankenkasse:

Geb.-Datum: Überweisender Arzt:

Adresse:

Letzte Voruntersuchungen:

- ▶ Mammographie nein ja wann?.....
- ▶ Ultraschall der Brust nein ja wann?.....
- ▶ MRT der Brust nein ja wann?.....

- ▶ Damit wir frühere Mammographieaufnahmen zum Vergleich anfordern können, geben Sie bitte auch Name und ggf. Anschrift der Röntgenpraxis/des Krankenhauses oder der Screening-Einheit an:

X.....

Familien-Anamnese

- ▶ Ist **Brustkrebs in der Familie** bekannt? nein ja Wenn ja, in welchem Alter?

Mutter:..... Großmutter (mütterlicherseits):

Schwester:..... Großmutter (väterlicherseits):

Tante: andere:

- ▶ Ist **Eierstockkrebs in der Familie** bekannt? nein ja Wenn ja, in welchem Alter?

Mutter:..... Großmutter (mütterlicherseits):

Schwester:..... Großmutter (väterlicherseits):

Tante: andere:

Eigen-Anamnese

- ▶ **Operationen** an der Brust? nein ja rechts: Wann?
- links: Wann?

Grund der Operation /Art der Erkrankung:

- ▶ **Chemotherapie?** nein ja Wann?

- ▶ **Bestrahlung?** nein ja Wann?

- ▶ Nehmen Sie **Krebs- Medikamente** ein? nein ja **Welche?**
- ▶ Hatten/ haben Sie eine andere **Krebserkrankung**? nein ja **Wenn ja, wann** wurde sie festgestellt?
- Welche** Erkrankung?
- ▶ **Kinder** geboren? nein ja
- Haben Sie **gestillt**? nein ja **Anzahl der Kinder**
- ▶ **Hormontherapie**? nein ja
- wann? welche?

Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?

ja nein unsicher **Letzte Menstruationsblutung:**

- ▶ **Beschwerden/Veränderungen** in der Brust oder Achsel? (z.B. Schmerzen, Verhärtungen, Knoten, eingezogene Brustwarze, Dellen, Lymphknotenschwellungen)
-
-

Information zur Datenübermittlung an gesetzliche Krankenkassen

Zum Zweck der Abrechnung, Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung werden Ihre Daten im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt.

Weitere Informationen zum Datenschutz siehe Aushang im Schaukasten!

Einwilligungserklärung

Ich willige in die geplante Untersuchung ein. nein ja

Mit der Übermittlung der fachärztlichen Untersuchungsergebnisse an den überweisenden Gynäkologen oder Hausarzt bin ich einverstanden. nein ja

Ich bin damit einverstanden, dass meine Voraufnahmen und Vorbefunde angefordert werden. nein ja

X.....
Datum

X.....
Unterschrift Patient/in

.....
Unterschrift Ärztin

