

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

Brustdiagnostik Anamnesebogen

(nur für Männer!)

Name:	Telefonnummer:
Vorname:	Krankenkasse:
Geb.-Datum:	Überweisender Arzt:
Adresse:	

Familien-Anamnese

- Ist **Brustkrebs 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:

- Hatten/ haben Sie eine andere **Krebserkrankung?** nein ja Wenn ja, wann wurde sie festgestellt?

Welche Erkrankung?

- Ist bei Ihnen eine **Erkrankung** folgender Organe bekannt? nein ja

Wenn ja, bitte ankreuzen!

- | | | | |
|--|------------------|------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prostata | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hoden | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leber | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Herz | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|--|------------------|------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nieren | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nebennieren | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüse | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Hirnanhangsdrüse | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lunge | seit wann? | Operation? | <input type="checkbox"/> |

► Nehmen oder nahmen Sie **regelmäßig Medikamente** ein?

- nein ja, welche?
-
-

► **Beschwerden/Veränderungen** der Brust?

.....

.....

Information zur Datenübermittlung

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

Information zur Datenübermittlung an private Krankenkassen

Es werden keine Patientendaten an private Versicherungsunternehmen weitergegeben.

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 Arzt bin ich einverstanden.

- nein ja

x.....
Datum

x.....
Unterschrift Patient

.....
Unterschrift Ärztin

Ärztliche Anmerkungen

.....

.....

.....

.....