DBT DIAGNOSTISCHES BRUSTZENTRUM TEMPELHOF by evidia Group
MRCT ZENTRUM FÜR COMPUTERTOMOGRAPHIE UND KERNSPINTOMOGRAPHIE by evidia Group

MVZ Radiologie Tempelhof GmbH

Dr. med. Jörg Büsselberg*
Andreas Gierke*
Sven Lüssem

*Geschäftsführer

Dipl.-Med. Jacqueline Janke
Elke Magerl
Kornelia Lindner

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

Anamnese - und Fragebogen

Name:	Straße:
Vorname:	PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Überweisender Arzt:
Telefonnummer:	Krankenkasse:

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? .....
- Wieviele Kinder geboren? ..... ☐ keine Haben Sie gestillt? ☐ nein ☐ ja
- Hormontherapie? ☐ nein ☐ ja

  wann? ..... welche? .....

Frauen im gebärfähigen Alter: Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ☐ ja ☐ nein ☐ unsicher

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

.....

<u>Information zur Datenübermittlung an gesetzliche Krankenkassen</u> 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

✗..... ✗.....

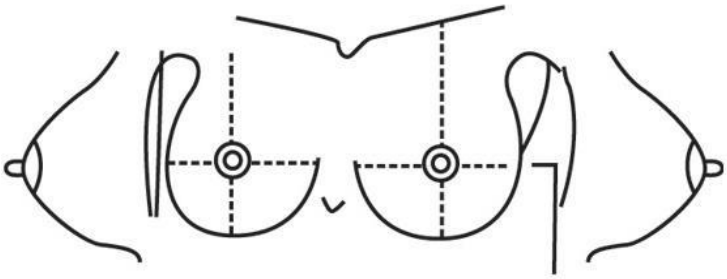
Datum Unterschrift Patient/in

Ich verzichte auf eine Kopie des Anamnese-und Fragebogens, der nachträglich jederzeit ausgehändigt werden kann.

✗.....

Unterschrift Patient/in

Ärztliche Anmerkung



.....

....

Datum Unterschrift Ärztin