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

Brustdiagnostik Anamnesebogen

(nur für Männer!)

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

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!

☐ **Prostata**	seit wann?	Operation?	☐
☐ **Hoden**	seit wann?	Operation?	☐
☐ **Leber**	seit wann?	Operation?	☐
☐ **Herz**	seit wann?	Operation?	☐

☐ **Nieren** seit wann? ..... Operation? ☐

☐ **Nebennieren** seit wann? ..... Operation? ☐

☐ **Schilddrüse** seit wann? ..... Operation? ☐

☐ **Hirnanhangsdrüse** seit wann? ..... Operation? ☐

☐ **Lunge** seit wann? ..... Operation? ☐

▶ 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..... X.....

Datum Unterschrift Patient

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

X.....

Unterschrift Patient

Ärztliche Anmerkungen: .....

.....

.....

.....

Unterschrift Ärztin