



2.1.1 (1) IR 5

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____

Dr. med. D. Breuer
Dipl.-Med. E. Illmann
Ch. Rohde
Dr. med. habil. A. G. Bach
T. Harth
Dipl.-Med. W. Köpernik
Fachärzte für Radiologie
Steg 1, 06110 Halle (Saale)
Tel. (0345) 69267-0
kontakt@radiologie-saaleklinik.de
www.radiologie-saale-klinik.de

Aufklärung Mammographie:

Die Mammographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung der Brust, mit deren Hilfe kleinste Gewebeveränderungen und Mikrokalkgruppen dargestellt werden können. Sie ist weiterhin die wichtigste Methode zur Untersuchung der Brust. Frauen mit Beschwerden, mit Tastbefunden, mit Verdacht auf eine Veränderung der Brust oder einem hohen familiären Brustkrebsrisiko erhalten eine klinische Mammographie.

Während der Mammographie wird die Brust vorsichtig zusammengedrückt und es werden von jeder Brust Aufnahmen in 2 Ebenen angefertigt. Diese Kompression der Brust ist für eine niedrige Strahlendosis und eine gute Auflösung der Brustgewebsstrukturen erforderlich. Weniger schmerzempfindlich ist das Brustdrüsengewebe etwa 1 Woche nach Regelbeginn. Daher sollte die Mammographie möglichst zu diesem Zeitpunkt durchgeführt werden.

Einwilligungserklärung:

Ich habe keine weiteren Fragen zum Untersuchungsablauf und willige in die vorgeschlagene Untersuchung ein.
Ich gebe mein Einverständnis, dass gegebenenfalls die Aufnahmen meiner Brust einem anderen Radiologen vorgestellt und dass meine vorherigen Aufnahmen bei Notwendigkeit angefordert werden.

Ich möchte Abschriften meiner unterzeichneten Aufklärungs- und Einwilligungsunterlagen erhalten. ja nein

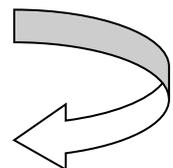
Datum Unterschrift Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigter/ Erziehungsberechtigter*

*Bei Unterschrift nur eines Elternteils versichert dieser damit auch das Einverständnis des anderen Elternteils bei gemeinsamem Sorgerecht.

Der Patient/ Betreuer/ Bevollmächtigte/ Erziehungsberechtigte wurde ordnungsgemäß aufgeklärt. Alle Fragen wurden verständlich und vollständig beantwortet.

Datum Unterschrift Arzt/ Vertreter

Bemerkungen/ Besonderheiten der Untersuchung:



Bitte wenden!



2.1.1 (1) IR 5

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Fragen Mammographie / Sonographie:

Sind Sie schwanger?

Jahr der letzten Mammographie	JAHR	PRAXIS
-------------------------------	------	--------

Jahr bzw. 1. Tag der letzten Menstruationsblutung

Anzahl der Schwangerschaften	
------------------------------	--

Einnahme von Hormonpräparaten, Sexualhormonen

Eigene Krebserkrankung?	JAHR	ORGAN
-------------------------	------	-------

Sind Sie bereits an der Brust operiert worden?	JAHR	SEITE
--	------	-------

Ist Ihre Brust bestrahlt worden?	JAHR
----------------------------------	------

Haben Sie einen Flüssigkeitsaustritt aus der Brust bemerkt?	FARBE	SEITE
---	-------	-------

Gab es Veränderungen oder Verletzungen Ihrer Brust?	BESCHREIBUNG
---	--------------

	SEITE
--	-------

Welche Familienangehörigen sind in welchem Alter an Brustkrebs erkrankt?	
--	--

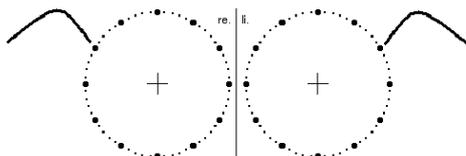
Untersuchungen:

Besonderheiten: _____

Klinik: _____

Tastbefund: _____

Befund: _____



BI-RADS Sonographie: _____ Mammographie: _____

Empfehlung: _____

Datum, Unterschrift Arzt