

R Ö N T G E N I N S T I T U T A M M A R K T

S. KÜCHLER

DR. MED. A. PETERSEIN

E. KÜHN (angest. Ärztin)

Kernspintomographie (MRT – STANDORT KLOSTERSTR. 34/35)
Computertomographie (MSCT) – Röntgenschermerztherapie
digitale Röntgendiagnostik – digitale Mammographie – Ultraschall
(Sonographie) – Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)

Breite Straße 53
13597 Berlin
☎ 030/3337209/93
☎ 030/3338626

www.radiologie-spandau.de

Patientenfragebogen für die Mammographie und Sonographie (Frauen)

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)

Mit der Röntgen-Mammographieuntersuchung der Brust ist es möglich einen Knoten in einem frühen Stadium zu identifizieren und gut- und bösartige Tumoren zu unterscheiden. Dabei sind so genannte Mikroverkalkungen ausschließlich in der Mammographie erkennbar, die können ein Hinweis auf eine mögliche Krebserkrankung sein.

So geht die Untersuchung vor sich: Die Brust wird auf den Filmtisch gelegt, wo sie mit einer Kompressionsplatte sanft zusammengedrückt wird. Je stärker der Druck, den Sie als noch tolerierbar empfinden ist, desto besser ist die Aufnahmequalität und desto geringer kann die Strahlendosis gehalten werden, die für eine Mammographie nötig ist.

Es werden zwei Aufnahmen von jeder Brust angefertigt. Weitere Zielaufnahmen sind nur bei unklaren Befunden notwendig. Bei dichtem Brustgewebe oder nicht eindeutigem Befund ist eine Ultraschalluntersuchung erforderlich. Sie werden nach der Untersuchung in einem Gespräch über das Ergebnis der Mammographie informiert. Auch nach einer Mammographie empfehlen wir Ihnen - möglichst immer nach der Menstruationsblutung - sich durch eine Selbstuntersuchung regelmäßig abzutasten.

Sind Sie möglicherweise schwanger?

Ja

Nein

Wurde schon einmal eine Mammographie oder Sonographie (Ultraschall) der Brust durchgeführt?

Ja

Nein

Jahr der letzten Mammographie _____

Wo? _____

Jahr der letzten Sonographie _____

Wo? _____

Ist Brustkrebs oder Eierstockkrebs in der Familie aufgetreten?

Ja

Nein

wenn ja, wer und in welchem Alter

Mutter _____

Großmutter (mütterlicherseits) _____

Schwester _____

Großmutter (väterlicherseits) _____

Tochter _____

Sonstige Verwandte _____

Ihr Alter der ersten Regelblutung _____

Menopause (Wechseljahre) (seit wann?): _____

Anzahl der Schwangerschaften: _____

Anzahl der Geburten: _____

Geburtsjahr (Geburtsjahre) des/ der Kind /er: _____

Haben Sie gestillt? Ja Nein

wenn ja, wie lange _____

Hatten Sie jemals eine Brustentzündung?

Ja

Nein

In der Stillzeit?

Behandlung? _____

Außerhalb der Stillzeit?

Behandlung? z.B. Antibiose, OP _____

Hatten Sie eine Gebärmutterentfernung?

Ja

Nein

Wenn ja warum? _____

Nehmen Sie regelmäßig Hormonpräparate ein, wenn ja welches?

Ja

Nein

Antibabypille Hormonspirale Hormonpflaster

Osteoporose/Östrogene

Name des Präparates: _____ Seit wann/wie lange (Jahre)? _____

Schilddrüsenhormone

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Punktion oder Operation an der Brust durchgeführt?

Ja

Nein

Rechte Brust? Wann? _____

Ergebnis: gutartig

bösartig

Linke Brust? Wann? _____

Ergebnis: gutartig

bösartig

Andere Operationen? (z.B. Verkleinerungsoperation, Einbringung einer Silikonprothese) _____

Sind Sie / Waren Sie an Brustkrebs erkrankt?

Ja

Nein

Waren Lymphknoten befallen? Ja Nein

wenn ja, wie viele _____

Chemotherapie Ja Nein

wenn ja bis wann _____

Bestrahlung Ja Nein

wenn ja bis wann _____

Nehmen Sie Krebsmedikamente (z.B. Tabletten - Antihormone, Infusionen, Spritzen) ein?

Ja

Nein

Name des Präparates: _____ seit/bis wann eingenommen: _____

Beteiligung anderer Organe Ja Nein

welche Organe _____

Rezidiv (Neuaufreten des Brustkrebses) Ja Nein

wenn ja wann _____

Komplikationen nach der Operation Ja Nein

welche (Bluterguß, Entzündung?) _____

Bitte umblättern

Aktuelle bzw. neu aufgetretene Beschwerden?

Haben Sie oder Ihr Arzt aktuell eine Auffälligkeit bemerkt?

Ja

Nein

Welche?		Rechte Brust	Linke Brust	seit wann?
Schmerzen	zyklusabhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	zyklusunabhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knoten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brustvergrößerung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautveränderung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Rötung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	Einziehung der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veränderung der Brustwarze		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> milchig	<input type="checkbox"/> wässrig			
<input type="checkbox"/> grünlich	<input type="checkbox"/> rötlich			

Sonstige aktuelle Beschwerden: _____

Vorangegangene andere Krebserkrankung: _____

1. Untersuchungsdatum und Unterschrift der Patientin: _____

2. Untersuchungsdatum und Unterschrift der Patientin: _____

Gibt es Änderungen?

3. Untersuchungsdatum und Unterschrift der Patientin: _____

Gibt es Änderungen zum vorherigen Termin ?

NUR VOM ARZT AUSZUFÜLLEN !!!

Inspektion und Palpation:

Sonographie: Nein Ja Befund: _____

