

Patientenangaben

Name/Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____
PLZ/Ort _____
Tel. Privat _____
Tel. Geschäft _____

Termin am	Um
------------------	-----------

Bitte Patient/in aufbieten

Krankenkasse

Mitgliedernummer _____

Mitteilung an den Patienten: Bitte bringen Sie Ihren **Versicherungsausweis** mit!

Befundübermittlung

Telefonisch Per Telefax
 Per Email Bild mitgeben
 Kopie an

Datum _____ Stempel/Unterschrift _____

Senologische Diagnostik

Gewünschte Untersuchung/Region

- One Stop Diagnostik** bei Vd.a. Mammokarzinom (Mammogr./Ultraschall/Biopsie)
- Mammographie
- Ultraschall Mamma
- MRI Mamma
- Biopsie: Ultraschall Stanzbiopsie
 Vakuumsaugbiopsie (Mammotome) im Ultraschall
 stereotaktisch
- Präoperative Drahtmarkierung
- Staging: Röntgen Thorax / Ultraschall Abdomen
 Computertomographie Thorax/Abdomen

Klinische Angaben und Fragestellung

Persönliche Anamnese:

- St.n. Brustoperation (bitte Narbe in Skizze Einzeichnen)
- Karzinom Wo: Wann:
- Brustvergrößerung/-verkleinerung
- Gutartige Veränderung

Familiäre Belastung: Ja Nein

Klinik:

- Sekretion: Ja rechts St.n. Bestrahlung Mastopathie fibrocystica
 Nein links Mastitis Trauma

Palpatationsbefund (Bitte in Skizze einzeichnen)



Voruntersuchungen Was?.....
Wann?.....
Wo?

Zyklus: Letzte Periode: _____ Menopause: Ja Nein

Hormoneinnahme: Ja Nein

Bemerkungen: _____