## **Mammographie** <u>Aufklärungsbogen</u>

	Ihr Termin:	
am:		
um:		

## Radiologie und PET-CT MVZ II der evidia MVZ Halle (Saale) GmbH

DR. D. WUJCIAK  $\cdot$  DR. M. DIESTELHORST  $\cdot$  H. GOLLMANN DR. M. GÜRTLER  $\cdot$  U. WEIDT  $\cdot$  J. THURIAN RADIOLOGEN

DR. K. HEIN · DR. M. PAWELKA NUKLEARMEDIZINER

Unterschrift Arzt

Tel.: 0345/6140102-	FAX: 0345/6140 210
---------------------	--------------------

Niemeyer Straße 23 06110 Halle

www.halle-radiologie.de	NIEMEYERSTRASSE 23 · 06110 HALLE/SAALE
Name:	Straße:
Vorname:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Handy/Telefon
Email:	Beruf:
Körpergröße:	Körpergewicht:
letzte Regel am:	ın ja, welche?: ın ja, Schwangerschaftswoche?:
Symptome (Zutreffendes bitte ankreuzen)	Brusterkrankungen/-behandlungen – welches Jahr?
Rechts Links   Schmerzen         Knoten       Lymphknoten       Hautveränderung       Flüssigkeitsaustritt       Farbe:       sonstiges:       famil. Brustkrebsbelastung:         eigene frühere Krebserkrankung?   Wenn ja, Jahr?:   Organ?:   Anzahl der Geburten?	Entzündungen Probeentnahme brusterhaltende Therapie Brustamputation Implantate Bestrahlung  Schwester Oma Tochter Sonstige  Oja Onein
Um eine bestmögliche Bildqualität zu erreichen, cremen Sie b und benutzen Sie 14 Tage vorher keine zinkhaltigen Salben.S Bitte bringen Sie zur Untersuchung ein Handtuch mit.	tte Ihre Brüste am Tag der Untersuchung nicht ein
Ich habe alle Fragen verstanden. Ich willige in die Untersuchung	gein. Oja Onein
Datum, Unterschrift:	Stand: 04/23
Bemerkung MTRA:	klinischer Befund