

MRT der Brust
Zusatzfragebogen

Laborwerte

Radiologische Gemeinschaftspraxis

Krea: _____

DR. D. WUJCIAK · DR. M. DIESTELHORST · DIPL. - MED. M. DREVENSTEDT
H. GOLLMANN · DR. M. GÜRTLER · U. WEIDT
RADIOLOGEN
NIEMEYERSTRASSE 23 · 06110 HALLE/SAALE

Tel.: 0345/6140102- FAX: 0345/6140 210
www.halle-radiologie.de

Ihr Termin:

am: _____

um: _____

in überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaft mit Gemeinschaftspraxis für Innere Medizin
Dr. M. Schmalfeld · Dr. U. Neef · Dr T. Behlendorf · Dr. S. Frank-Gleich
Niemeyerstraße 22 · 06110 Halle/Saale

Name: _____

Vorname: _____

Letzte Mammographie am: _____

Bei Praxis/Arzt?: _____

Hormoneinnahmen? _____ Ja Nein

Wenn ja, welche?: _____

letzte Regel am: _____

Schwangerschaft? _____ Ja Nein

Wenn ja, Woche?: _____

Behandelnder Arzt?: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen

	<u>Rechts</u>	<u>Links</u>	<u>Wo?</u>	<u>Seit wann?</u>	<u>Größe</u>	<u>Größenveränderung</u>
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Hauteinziehung	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Hautrötung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Einziehung Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaustritt (Farbe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

famil. Brustkrebsbelastung: nein Mutter Schwester Oma Tochter Sonstige

Kam es bereits vorher zu einer Verletzung der Brust? Ja Nein

Wenn ja, wann & welche Seite? _____

Unfallhergang _____

Wurde bei Ihnen bereits vorher eine der folgenden Untersuchungen an den Brüsten durchgeführt?

	<u>Rechts</u>	<u>Links</u>	<u>Wann?</u>	<u>Ergebnis</u>
<input type="checkbox"/> Operation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Bestrahlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Magnetresonanztomografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Datum, Unterschrift: _____