

Radiologische Gemeinschaftspraxis Korbach

Name: _____ Geb. – Datum: _____

Hausarzt: _____

Sehr geehrte/r Patient/in,
bei Ihnen soll eine **Mammographie** durchgeführt werden.
Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1. Wurde bei Ihnen schon eine Mammographie durchgeführt?
Ja _____ Nein _____

Wenn ja:
Wann _____

Wo? _____

2. Besteht eine Schwangerschaft?
Ja _____ Nein _____

3. Hatten Sie schon einmal eine Brusterkrankung?
Entzündung? _____

Brustoperation? _____

Andere Erkrankungen der Brust? _____

Haben Sie gestillt? Ja _____ Nein _____

4. Sind in Ihrer Familiengeschichte (mütterl. Seits) Brusterkrankungen bekannt?
Ja _____ Nein _____

5. Wenn ja welche? _____

Falls Sie noch weitere Fragen haben, richten Sie diese bitte an den Arzt.

Hiermit willige ich, unter Verzicht auf die 24-Stunden - Pflicht zur Aufklärung, in die vorgeschlagene Untersuchung ein.

Korbach, den _____ Unterschrift: _____

