

# AUFKLÄRUNG UND ANAMNESE MAMMOGRAPHIE



Barcode area

Name: .....  
Vorname: .....  
Ihre Tel-Nr: .....  
Hausarzt: .....

## INFORMATIONEN ZUR MAMMOGRAPHIE

Sehr geehrte Patientin,  
Ihr/e Frauenarzt/-ärztin hat Sie zu einer Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie) zu uns überwiesen. Dabei werden von jeder Brust zwei Aufnahmen – also insgesamt vier Röntgenaufnahmen- angefertigt. Diese erfolgen unter Kompression. Gute Kompression ist notwendig, um qualitativ hochwertige Aufnahmen zu erhalten und verringert gleichzeitig die erforderliche Strahlendosis.

## FRAGEN ZUR MAMMOGRAPHIE

Vorbereitend bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen zu beantworten:

1. Wurde bereits eine Mammographie durchgeführt? ..... ja  ... nein   
Wenn ja, wann und wo?  
.....
2. Wurde schon einmal eine Ultraschalluntersuchung/Sonografie der Brust gemacht? ..... ja  ... nein   
Wenn ja, wann und wo?  
.....
3. Hatten Sie bereits eine Brusterkrankung oder eine Operation/Bestrahlung der Brust? ..... ja  ... nein   
Wenn ja, welche Art der Erkrankung, Zeitpunkt und Ort der Operation?  
.....
4. Haben Sie oder Ihr Arzt eine Veränderung an der Brust bemerkt? Welcher Art?..... ja  ... nein
5. Nehmen Sie vom Frauenarzt verordnete Hormone (Antibabypille, Spirale etc.) oder Antihormone ein? Welche Präparate? ..... ja  ... nein
6. Wurden Sie jemals wegen einer bösartigen Erkrankung behandelt? ..... ja  ... nein
7. Ist in der unmittelbaren Verwandtschaft (Mutter, Tante, Schwester, Tochter) ein Fall von Brust- oder Eierstockkrebs aufgetreten? Wer war in welchem Alter betroffen? ..... ja  ... nein
8. Wann war Ihre letzte Periode (1. Tag)? ..... ja  ... nein
9. Besteht eine Schwangerschaft? ..... ja  ... nein

### Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Ich bin einverstanden, dass Bilder und Befunde von Voruntersuchungen zum Vergleich angefordert werden dürfen und bin mit der Übermittlung der Bilder und des Befundes meiner Untersuchung an meinen überweisenden Arzt sowie an weitere mich behandelnde Ärzte einverstanden. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich Gelegenheit hatte, die Patienteninformation zum Datenschutz zur Kenntnis zu nehmen.

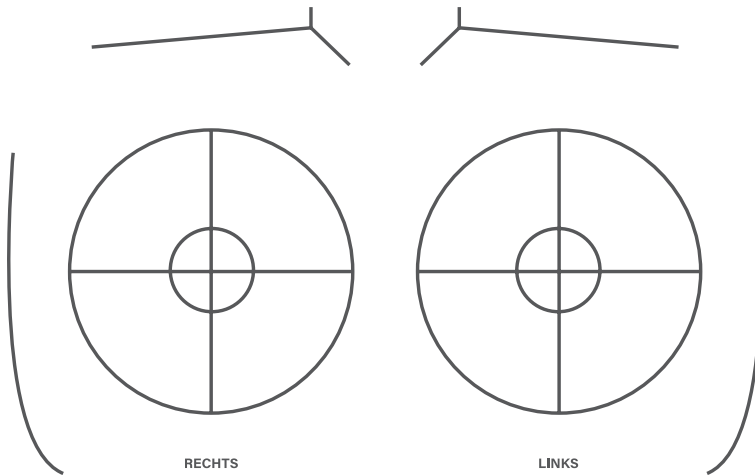
ja  ... nein

Die Information zur Mammographie habe ich gelesen und verstanden. Die Fragen zu meiner Anamnese habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Name, Unterschrift Arzt/Ärztin

Datum

Unterschrift Patient(in)/Sorgeberechtigte(r)



## KLINISCHER BEFUND

Inspektion: .....  
 .....  
 .....  
 Palpation: .....  
 Axilla: .....  
 BI-RADS (analog) .....  
 RE:..... LI: .....  
 ACR: .....

## HERD-BEFUND

	1	2	3
Seitenangabe			
Uhrzeit			
Mamillenabstand in cm			
Größe in mm HxBxT			
Hautabstand in mm			
Form rund (r), oval (o), polymorph (p)			
Kontur glatt (gl), lobuliert (lob), unregelmäßig (unreg)			
Begrenzung scharf (s), unscharf (us)			
Binnenstruktur homogen (h), inhomogen (ih)			
Echogehalt echofrei (-), echoarm (↓), echoreich (↑)			
Schallleitung verstärkt (↑), abgeschwächt(↓),indifferent(↔)			
Randschatten keiner (k), einseitig(es), beidseitiges (bds)			
Tumorachse horizontal (↔ ), vertikal (↑↓), indifferent (Ø)			
Elastizität deformierbar (+), nicht deformierbar (-)			
Verschieblichkeit gut (+), gering (±), nicht verschieblich (-)			

## SONOGRAPHIE-BEFUND

Beurteilbarkeit  
 gut  
 schlecht

Parenchymmuster  
 echoarm  
 gemischt  
 echodicht

Milchgänge  
 zentral  
 peripher erweitert  
 Binnenechos

Retromamillärregion  
 ja  
 nur tangential  
 nein

Path. LK Axilla  
 re  
 li

### Zusammenfassung

.....  
 .....

Beurteilung nach BIRADS (U I - U V): RE: ..... LI: .....