



Dr. med. René Schimke  
FA für Diag. Radiologie u. Nuklearmedizin

Dr. med. Christoph Sommergruber  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Dr. Christoph Weiß  
Facharzt für Diagnostische Radiologie

Werastraße: Röntgen, Mammogr., Sonogr., Kernspintomogr. (MRT), Computertomogr. (CT),  
Strahlentherapie, Schmerztherapie      Klinikum FN: Nuklearmedizin

www.radiologie-friedrichshafen.de

## Mammographie

### Anamnese (Krankheitsvorgeschichte) für die Mammographie \_\_\_\_\_

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen zu beantworten:

- Bestehen derzeit Beschwerden an Ihrer Brust?      nein  rechts  links   
Welche? \_\_\_\_\_
- Wurde schon einmal ein(e)      nein      ja      Wann? Durch wen?  
- **Mammographie**                  \_\_\_\_\_  
- **MRT** (Kernspintomographie)                  \_\_\_\_\_  
- **Ultraschall** (Sonographie)                  \_\_\_\_\_  
Untersuchung **der Brust** durchgeführt?
- Sind oder waren Sie schon an Brustkrebs erkrankt?      nein  rechts  links   
Falls ja, wann, welche Behandlung, durch wen? \_\_\_\_\_
- Wurden Sie jemals an der Brust operiert (gutartig)?      nein  rechts  links   
Wann (Jahr)? \_\_\_\_\_
- Hatten Sie jemals eine andere Krebserkrankung?      nein  ja   
Falls ja, welche und wann? \_\_\_\_\_
- Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebs?      nein  ja   
Falls ja, wer in welchem Alter? \_\_\_\_\_
- Nehmen Sie Hormone?      nein  ja   
Pille        Hormonersatztherapie

Laut **Röntgenverordnung** sind vom Patienten vor der Untersuchung folgende Angaben zu machen:

**Letzte / frühere Röntgenuntersuchung/en:**

wann: \_\_\_\_\_ was: \_\_\_\_\_ nicht bekannt:

**Besteht eine Schwangerschaft?**      ja       nein       unbestimmt

Den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und die Fragen zur Anamnese nach bestem Wissen beantwortet.  
Meine Fragen wurde verständlich und vollständig beantwortet.

Ich erkläre mich einverstanden, dass die Aufnahmen bei Bedarf den Kooperationsärzten des Klinikum FN zur Verfügung gestellt werden.

Mit der Durchführung der Mammographie bin ich einverstanden und verzichte auf die gesetzliche vorgeschriebene Bedenkzeit von 24 Stunden.

Friedrichshafen, den \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient(in) \_\_\_\_\_