



Termin: _____

Zum Termin bitte Voraufnahmen, Befunde, ggf. Operationsberichte
und ein großes Handtuch mitbringen.

Name, Vorname: _____ Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Meine letzte Mammographie war am _____ **in der Praxis/KH** _____

Meine letzte Sonographie war am _____ **in der Praxis/KH** _____

Liegt eine Schwangerschaft vor? Nein ☐ Ja ☐

Haben Sie Kinder? Nein ☐ Ja ☐

Haben sich seit letzter Untersuchung Änderungen ergeben? Nein ☐ Ja ☐

Hatten Sie Brustentzündungen? Nein ☐ **Ja ☒**, rechts ☐ links ☐

Wurden Sie schon einmal an der Brust operiert? Nein ☐ **Ja ☒**, rechts ☐ links ☐

Wurde brusterhaltend operiert? Nein ☐ **Ja ☒**

Wann war die Brust-OP? _____

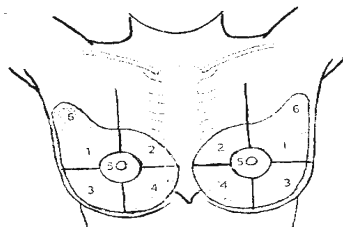
Weshalb wurde operiert? _____

Erhielten Sie Chemotherapie? Nein ☐ Ja ☐

Erhielten Sie Bestrahlung? Nein ☐ Ja ☐

Sind bei einer OP, Lymphknoten entfernt worden? Nein ☐ Ja ☐

Bitte markieren Sie in der Skizze auffällige Stellen der Brust.
(z.B. OP-Narben, Muttermale, Hautwarzen, Tastbefunde...)



Hatten Sie eine **Unterleibsoperation**? Nein ☐ **Ja ☒**, wann? _____

Weshalb wurde operiert? _____

Steht Ihre **Periode** unmittelbar bevor? Nein ☐ Ja ☐

Nehmen Sie **Hormone oder Antibabypille**? Nein ☐ **Ja ☒**, seit _____

Ist in Ihrer **Familie** jemand an **Brustkrebs/ Eierstockkrebs** erkrankt? Nein ☐ **Ja ☒**, wer ist erkrankt? _____

Datenschutz & Befund

☐ Elektronische Befundübermittlung an überweisenden Arzt

☐ Befundkopie an **max. einen** weiteren Arzt: _____

Einwilligung

☐ Ich bin mit der Röntgenuntersuchung einverstanden.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patient/in oder Bevollmächtigte/r: _____



Termin: _____

Zum Termin bitte Voraufnahmen, Befunde, ggf. Operationsberichte
und ein großes Handtuch mitbringen.

Schweigepflichtentbindung

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die Befunde, Aufnahmen und ähnliche Unterlagen zur Vermeidung von Doppeluntersuchungen der Praxis:
MVZ-Radiologie-Netz-MV GmbH (Dr. med. Sommer) zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift