

R Ö N T G E N I N S T I T U T A M M A R K T

S. KÜCHLER

DR. MED. A. PETERSEIN

E. KÜHN (angest. Ärztin)

Kernspintomographie (MRT – STANDORT KLOSTERSTR. 34/35)
Computertomographie (MSCT) – Röntgenschmerztherapie
digitale Röntgendiagnostik – digitale Mammographie – Ultraschall
(Sonographie) – Osteodensitometrie (Knochendichtemessung)

Breite Straße 53
13597 Berlin
☎ 030/3337209/93
☎ 030/3338626

www.radiologie-spandau.de

Patientenfragebogen für die Mammographie und Sonographie (Männer)

(Bitte Zutreffendes ankreuzen und ausfüllen)

Mit der Röntgen-Mammographieuntersuchung der Brust ist es eventuell möglich Knoten in einem frühzeitigen Stadium zu identifizieren und gut- und bösartige Tumoren zu unterscheiden. Dabei sind auch sogenannte Mikroverkalkungen in der Mammographie erkennbar und können ein Hinweis auf eine mögliche Krebserkrankung sein.

So geht die Untersuchung vor sich: Die Brust wird auf den Filmtisch gelegt, wo sie mit einer Kompressionsplatte sanft zusammengedrückt wird. Je stärker der Druck, den Sie als noch tolerierbar empfinden, ist, desto besser ist die Aufnahmequalität und desto geringer kann die Strahlendosis gehalten werden, die für eine Mammographie nötig ist.

Es werden zwei Aufnahmen von jeder Brust angefertigt, eine von oben und eine von schräg seitlich. Weitere Zielaufnahmen sind nur bei unklaren Befunden notwendig. Bei dichtem Brustgewebe oder nicht eindeutigen Befund ist es erforderlich noch eine Ultraschalluntersuchung durchzuführen, möglicherweise auch eine Kernspintomographie. Sie werden nach der Untersuchung in einem Gespräch über das Ergebnis der Mammographie informiert.

Wurde schon einmal eine Mammographie oder Sonographie (Ultraschall) der Brust durchgeführt? Ja Nein

Jahr der letzten Mammographie _____

Wo? _____

Jahr der letzten Sonographie _____

Wo? _____

Ist Brustkrebs oder Eierstockkrebs in der Familie aufgetreten? Ja Nein

wenn ja, wer und in welchem Alter

Mutter _____

Großmutter (mütterlicherseits) _____

Schwester _____

Großmutter (väterlicherseits) _____

Tochter _____

Sonstige Verwandte _____

Hatten Sie jemals eine Brustentzündung? Ja Nein

Hatten Sie jemals eine Unfallverletzung der Brust? Ja Nein

Wenn ja wann? _____

Gibt es eigene Krebserkrankungen? Ja Nein

Wenn ja welche? _____

Wenn ja wann? _____

Leiden Sie an einer Lebererkrankung? Ja Nein

Nehmen sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja welche Präparate? _____ seit wann? _____

Hormonpräparate welche? _____ seit wann? _____

Schilddrüsenhormone? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Punktion oder Operation an der Brust durchgeführt? Ja Nein

Rechte Brust? Wann? _____ Ergebnis: gutartig bösartig

Linke Brust? Wann? _____ Ergebnis: gutartig bösartig

Sind Sie / Waren Sie an Brustkrebs erkrankt? Ja Nein

Waren Lymphknoten befallen? Ja Nein wenn ja, wie viele _____

Chemotherapie Ja Nein wenn ja bis wann _____

Bestrahlung Ja Nein wenn ja bis wann _____

Nehmen Sie Krebsmedikamente (z.B. Tabletten - Antihormone, Infusionen, Spritzen) ein? Ja Nein

Name des Präparates: _____ seit/bis wann eingenommen: _____

Beteiligung anderer Organe Ja Nein welche Organe _____

Rezidiv (Neuaufreten des Brustkrebses) Ja Nein wenn ja wann _____

Komplikationen nach der Operation Ja Nein welche (Bluterguß, Entzündung?) _____

Bitte umblättern

Aktuelle bzw. neu aufgetretene Beschwerden?

Haben Sie oder Ihr Arzt aktuell eine Auffälligkeit bemerkt?

Ja

Nein

Welche?	Rechte Brust	Linke Brust	seit wann?
Schmerzen			
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brustvergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veränderung der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> milchig			
<input type="checkbox"/> grünlich			
	<input type="checkbox"/> wässrig		
	<input type="checkbox"/> rötlich		

Sonstige aktuelle Beschwerden: _____

1. Untersuchungsdatum und Unterschrift des Patienten: _____
2. Untersuchungsdatum und Unterschrift des Patienten: _____ Gibt es Änderungen?
3. Untersuchungsdatum und Unterschrift des Patienten: _____ Gibt es Änderungen zum vorherigen Termin ?

NUR VOM ARZT AUSZUFÜLLEN !!!

Inspektion und Palpation:

Sonographie: Nein Ja Befund: _____

