

Mammographische Untersuchung vom: _____ **ID.Nr.:** _____

Name _____ **Vorname** _____ **Geburtsdatum** _____

	Rechts CC	Links CC	Rechts MLO	Links MLO
KV				
mAs				
cGy				

Anamnese:

- bisher keine Brusterkrankung
- Z.n. PE Jahr: _____ rechts links
- Z.n. Reduktions-/Aufbauplastik Jahr: _____ rechts links
- Mamma Ca.: Jahr: _____ rechts links
- BET Ablatio Radiatio Chemotherapie
- Mamma - Ca. in der Familie: nein ja _____

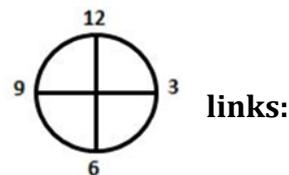
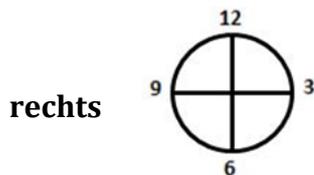
Nehmen Sie Hormone/ Antihormone ein? _____

3. Sind Sie schwanger? ja nein

4. Wann und wo wurde die letzte Mammographie durchgeführt?

Indikation: _____

Tastbefund: rechts _____ Uhr links _____ Uhr



Einwilligung zur Röntgenuntersuchung

Mit der Durchführung der Röntgenuntersuchung bin ich einverstanden: ja nein

Unterschrift : _____