

Radiologie am Schlössle

**Dr. U. Knust-Dr. M. Deinzer-Dr. D. Schmidt
Dr. E. Kocer & Kollegen**

Ihr Termin: _____

Wir bitten Sie darum, Fremdaufnahmen und/oder Befunde von der zu untersuchenden Körperregion mitzubringen und diese bei der Anmeldung abzugeben.

Tel. Erreichbarkeit: _____

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Patienteninformation und Aufklärung Mammographie/Tomographie

Letzte Mammographie:

Wann/Wo? _____

- **Letzte Menstruationsblutung (Lebensjahr / 1. Tag der Periode):**

- **Sind Sie schwanger?** () ja () nein

- **Wurde bei Ihnen eine Brustoperation bzw. eine Gewebeentnahme durchgeführt?**

Rechts: wenn ja, wann? _____ Ergebnis: gutartig
 bösartig

Links: wenn ja, wann? _____ Ergebnis: gutartig
 bösartig

- **Familiäre Brustkrebsbelastung?** () ja () nein

Wenn ja, wer? _____

- **Haben Sie oder Ihr Arzt eine Veränderung an der Brust getastet?** () ja () nein

wenn ja, welche Seite? _____

- **Ist bei Ihnen persönlich ein Krebsleiden bekannt (auch in der Vorgeschichte)?** () ja () nein

Ich bin mit der Durchführung der Mammographie einverstanden. () ja () nein

Pforzheim, den _____

Unterschrift des Patienten bzw. Sorgeberechtigter _____

Unterschrift Arzt/Ärztin _____

Radiologie am Schlössle

Telefon: (07231) 38 66-0

Kiehnlestraße 14+15

Telefax: (07231) 38 66-22

75172 Pforzheim