

## Aufklärungsbogen zur Mammographie

**Bitte ausfüllen:**

┌  
  
  
└

Bitte nicht beschriften

┌  
  
  
└

Name: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Tel.Nr.: .....

Mobil: .....

E-Mail: .....

### **Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Ihr behandelnder Arzt hat Sie zu einer Mammographie überwiesen.

Die Mammographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung der Brustdrüse mit der sich bereits kleinere Tumore oder winzige Verkalkungen als Hinweis auf Brustkrebs nachweisen lassen. Wie jede Röntgenuntersuchung ist auch die Mammographie mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden, Demgegenüber stehen jedoch deutlich verbesserte Heilungschancen bei früh diagnostiziertem Brustkrebs. Für die Untersuchung wird eine Mitarbeiterin sie an das Mammographie-Gerät führen. Anschließend wird jede Brust zwischen zwei Plexiglasplatten gelegt und für die Aufnahme kurz zusammengedrückt. Die Komprimierung kann unangenehm und teilweise auch als schmerzhaft empfunden werden. Dies ist jedoch wichtig, da hierdurch wird die Darstellung des Brustgewebes genauer ist und sich zudem die Strahlendosis verringert. Die Aussagekraft der Untersuchung hängt auch sehr stark von der Brustbeschaffenheit, dem Aufbau und der Gewebedichte der Brust ab. In einigen Fällen kann daher eine ergänzende Ultraschalluntersuchung (Sonographie) sinnvoll sein. Nach der Untersuchung wird der Radiologe das Ergebnis mit Ihnen besprechen und/oder den Befund an Ihren behandelnden Arzt verschicken.

Bitte geben Sie uns Ihr **Einverständnis**, dass

- alle Ärzte in der Praxis, auch vertretungsweise, Einsicht in Ihre Unterlagen nehmen dürfen  Ja  Nein

- wir weitere Vorbefunde behandelnder Ärzte und Kliniken anfordern dürfen  Ja  Nein

Dürfen wir dem **überweisenden Arzt** einen Bericht schicken (per Fax/E-Arztbrief oder Post)?  Ja  Nein

Sollen außer dem überweisenden Arzt **weitere Ärzte** über das Ergebnis informiert werden?  Ja  Nein

Ja, (Name): .....  Nein

Dürfen wir bei Anfrage Ihrer weiterbehandelnden **Ärzte oder Kliniken** Auskunft erteilen?  Ja  Nein

Wem dürfen wir noch Auskunft erteilen (z.B. Ehepartner, Eltern... Bitte namentlich benennen)?

.....

Eine **Patienteninformation zur Datenverarbeitung** liegt im Wartezimmer aus. Sollten noch Fragen bestehen, werden wir diese gerne beantworten.

Zur korrekten Durchführung der Untersuchung füllen Sie bitte den Bogen aus:

- **Wurde schon einmal eine Mammographie bei Ihnen durchgeführt?**  Ja  Nein  
Wenn ja: Wann? Wo? .....
- **Wurde schon einmal eine Sonographie (Ultraschall) der Mamma durchgeführt?**  Ja  Nein  
Wenn ja: Wann? Wo? .....
- **Wurde schon einmal eine MR-Mammographie der Mamma durchgeführt?**  Ja  Nein  
Wenn ja: Wann? Wo? .....
- **Haben Sie derzeit Beschwerden an Ihrer Brust?**  rechts  links  Nein  
Wenn ja: Welche? (z.B. Schmerzen, Knoten, Ausfluss?).....
- **Nehmen Sie Hormone?**  Ja  Nein  
Wenn ja: Seit wann? Pille Hormonersatztherapie.....
- **Sind oder waren Sie an Brustkrebs erkrankt?**  rechts  links  Nein  
Wenn ja: Wann? Wo? Welche Behandlung?.....
- **Wurden Sie jemals an der Brust operiert?**  rechts  links  Nein  
Wenn ja: Wann? Welche Art von Eingriff? .....
- **Hatten Sie jemals eine Krebserkrankung?**  Ja  Nein  
Wenn ja: Wann? Welche? .....
- **Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebs?**  Ja  Nein  
Wenn ja: Wer? In welchem Alter? .....
- **Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**  Ja  Nein

**Einwilligung in die Untersuchung:**

Über die geplante Untersuchung, die speziellen Risiken und Komplikationen wurde ich ausreichend informiert. Meine Fragen wurden verständlich und ausreichend beantwortet. Nach ausreichender Bedenkzeit willige ich in die geplante Untersuchung ein.

Das Einverständnis gilt auf unbestimmte Zeit und kann jederzeit widerrufen werden; Befunde sind jedoch in der Regel binnen 24h versandt

Bad Säckingen, .....  
Datum / Uhrzeit

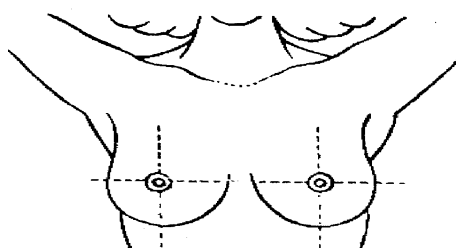
Unterschrift .....  
Patientin / Patient / gesetzliche Vertreter

Unterschrift.....  
Arzt / Ärztin

Hiermit lehne ich die Untersuchung ab

Wenn Sie eine Kopie dieses Aufklärungsbogens wünschen (Nicht der Befundbericht!) geben Sie uns bitte Bescheid.

**Interne Vermerke**



kV

Rcc: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lcc: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Rmlo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Lmlo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_