



ANAMNESEBOGEN MAMMA-MRT

Abteilung Magnetresonanztomographie

Sehr geehrte Patientin,
bitte beantworten Sie nachstehende Fragen.

Name, Vorname, Geburtsdatum

Angaben zu früheren Untersuchungen der Brust

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden? ja nein

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Sind bei Ihnen Voruntersuchungen durchgeführt worden? ja nein

Ultraschalluntersuchung (Sonographie)

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern/zum Vergleich heranziehen? ja nein

Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde bei Ihnen die **Diagnose „Brustkrebs“** gestellt? ja nein

Falls ja, wann? (Diagnosedatum): _____

Sind Sie an den **Brüsten operiert** worden? ja nein

Falls ja, Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten:

Wurde eine Gewebeprobe entnommen? links rechts Wann? _____

Wurde ein gutartiger Befund entfernt? links rechts Wann? _____

Wurde brusterhaltend operiert? links rechts Wann? _____

Wurde eine Brust entfernt? links rechts Wann? _____

Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt? links rechts Wann? _____

Angaben zu Therapien

Wurde bei Ihnen eine **Strahlentherapie** der Brust durchgeführt? Wann? _____

ja nein Falls ja, links rechts Wo? _____

Wurde bei Ihnen eine **antihormonelle Therapie** durchgeführt? Wann? _____

ja nein Hormonpräparat: _____ Wo? _____

Wurde bei Ihnen eine **Chemotherapie** durchgeführt? Wann? _____

ja nein Falls ja, vor oder nach der Operation? Wo? _____

Weitere Angaben

Letzte Periode (letzter Tag der Blutung): _____

Ich bestätige hiermit, dass bei mir zurzeit keine Schwangerschaft vorliegt, bzw. mir das Vorliegen einer solchen nicht bekannt ist.

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

Ich verzichte auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. Ich möchte eine Kopie dieses Anamnesebogens.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich hinreichend aufgeklärt und willige hiermit nach ausreichender Bedenkzeit in die geplante Untersuchung ein. Mit einer evtl. Kontrastmittelgabe bin ich ebenfalls einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Indikationen zur Durchführung der Kernspintomographie der Brust als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse

(Ausschließlich für gesetzlich versicherte Patientinnen)

I. Rezidivausschluss

Voraussetzungen

- a) Operation eines Mamma-Karzinoms vor mindestens einem halben Jahr
und/oder ja nein
- b) Bestrahlungstherapie vor mindestens einem Jahr ja nein

oder

II. Primärtumorsuche

Voraussetzungen

- a) Histologisch untersuchte axilläre Lymphknotenmetastasen,
Histologie schließt Mamma-Karzinom nicht aus. ja nein

Bei beiden Indikationen ist vorher notwendig: (JA ist zwingend)

- a) Mammographie (höchstens zwei bis drei Monate alt)
und ja nein
- b) Sonographie (höchstens zwei bis drei Monate alt)
und ja nein
- c) Keine eindeutige Klärung mittels der vorausgegangenen Diagnostik ja nein

Bei Rezidivausschluss oder Primärtumorsuche muss mindestens ein JA angekreuzt sein.

ausgewertet durch:

Name	
Datum	Unterschrift

Die entsprechenden Befunde (Operations-, Strahlentherapie-, Histologiebericht) müssen zur Untersuchung vorliegen. Die Befunde zur Mammographie und Mammasonographie müssen zur Untersuchung vorliegen, wenn diese Untersuchungen nicht bei uns durchgeführt worden sind.