



# CASE HISTORY QUESTIONNAIRE MAMMA-MRI

## Magnetic Resonance Imaging Department

Dear Patient,  
please answer the following questions.

Surname, firstname, date of birth

---

### Details about previous breast examinations

Have you had a mammography before?  yes  no

If yes, please state when and where: \_\_\_\_\_

Have you had other examinations of your breast?  yes  no

Ultrasound (sonography)

If yes, please state when and where: \_\_\_\_\_

Are we permitted to request the findings for comparison?  yes  no

### Details about previous breast operations

Have you previously been diagnosed with 'breast cancer'?  yes  no

If yes, please state when? (date of diagnosis): \_\_\_\_\_

Have your **breasts** been **operated** on?  yes  no

If yes, please tick the relevant answer:

Was a tissue biopsy taken?  Left  Right When? \_\_\_\_\_

Was a benign tumour removed?  Left  Right When? \_\_\_\_\_

Have you had breast-conserving surgery?  Left  Right When? \_\_\_\_\_

Did you have a mastectomy?  Left  Right When? \_\_\_\_\_

Did you have a breast enlargement/reduction?  Left  Right When? \_\_\_\_\_

### Treatment details

Did you undergo **radio-therapy** for your breast(s)? When? \_\_\_\_\_

yes  no If yes,  left  right Where? \_\_\_\_\_

Did you undergo **anti-hormonal therapy**? When? \_\_\_\_\_

yes  no Hormone Preparation: \_\_\_\_\_ Where? \_\_\_\_\_

Did you undergo **chemo therapy**? When? \_\_\_\_\_

yes  no If yes, was it  before or  after the operation? Where? \_\_\_\_\_

### Additional information

Last day of your last menstruation: \_\_\_\_\_

I herewith confirm that I am currently not pregnant and am not aware of a pregnancy.

You are entitled to a copy of this medical history questionnaire. (Under Section 630 e, sub-section 2, sentence 2, BGB)

I do not require a copy of this medical history questionnaire.  I would like a copy of this medical history questionnaire.

I do not have any further questions, feel that I have been properly informed and have had sufficient time for consideration. I herewith consent to the planned examination. I also agree to administration of a contrast medium, if required.

Place, Date

Signature Patient

**Thank you for your help!**

# 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.