



# 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.