

Klinik / Praxis

Patientendaten:



am (Datum): \_\_\_\_\_  beide Brüste  linke Brust  rechte Brust

## Sehr geehrte Patientin,

bei Ihnen ist eine Mammographie geplant. Die Mammographie ist eine Röntgenuntersuchung, welche zur Abklärung von Veränderungen in der Brust eingesetzt wird. Die Untersuchung wird häufig auch im Rahmen des Mammographie-Screenings zur Früherkennung von Brustkrebs für Frauen zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr durchgeführt. Für die Aufnahmen wird die Brust möglichst flach zwischen dem Röntgentisch und einer Plastikabdeckung zusammengedrückt. Manche Patientinnen empfinden dies als unangenehm.

Die Mammographie ist ein **risikoarmes Routineverfahren** und erfordert heutzutage nur eine relativ geringe Strahlendosis. Die **Strahlenbelastung** wird so gering wie möglich gehalten, sodass Strahlenschäden auch nach wiederholten Untersuchungen unwahrscheinlich sind. Sie sollten uns aber trotzdem auf vorangegangene Röntgen- oder Computertomographie-Untersuchungen hinweisen, um die Gesamtstrahlenbelastung in einem bestimmten Zeitraum möglichst gering zu halten.

## Wichtige Fragen für die Untersuchung

1. Wurde im Brustbereich schon einmal eine **Röntgenuntersuchung** oder **Computertomographie** durchgeführt?  ja  nein
2. Haben Sie schon einmal eine **Mammographie erhalten**? Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_  ja  nein  
**Sollte ein Röntgenpass vorliegen, bitte mitbringen!**
3. Besteht eine **Schwangerschaft**?  nicht sicher  ja  nein
4. Wann war Ihre **letzte Regelblutung**? \_\_\_\_\_
5. Trat bei einer **Blutsverwandten** (z. B. Mutter, Schwester, Tochter, Tante, Großmutter) eine **Brusterkrankung** auf?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_
6. Wurden Sie schon einmal **an der Brust operiert**?  ja  nein  
Wenn ja, wann und weswegen? \_\_\_\_\_
7. **Nehmen Sie die „Pille“** oder andere Hormonpräparate? Wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_  ja  nein
8. **Haben Sie ein Brustimplantat**?  ja  nein

## Individuelle Anmerkungen für die Patientin:

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich bin damit einverstanden, dass meine Kopie dieses Aufklärungsbogens an folgende E-Mail-Adresse gesendet wird:

E-Mail-Adresse

**Ich versichere**, dass ich **keine weiteren Fragen** habe, und **stimme der vorgeschlagenen Mammographie zu**. Die Fragen habe ich nach bestem Wissen beantwortet.

Ort, Datum, Uhrzeit

Unterschrift Arzt/Ärztin

Unterschrift Patientin/Betreuer/Vormund

Herausgeber: e.Bavarian Health GmbH  
Nürnberger Straße 71, 91052 Erlangen  
PHONE. +49(0)9131-81472-0, FAX. -99  
MAIL. kontakt@bavarian-health.com  
Mithrsg: DRG Deutsche Röntgengesellschaft e.V, Berlin

Wissenschaftlicher Fachberater: Prof. Dr. med. Michael Uder

Juristische Beratung: Dr. jur. Bernd Joch  
Fotokopieren und Nachdruck auch auszugsweise verboten

© 2015 by e.Bavarian Health GmbH Reddat.:11/2015 Release 12.12.2018



BAVARIANhealth  
innovative medical solutions