



**Patienteninformation: Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust)**

Ihr Name: \_\_\_\_\_

■ **Fragebogen:**

Haben Sie Beschwerden?            nein  / ja  welche? \_\_\_\_\_

Frühere Brustoperation?            nein  / ja  wann? \_\_\_\_\_

Brust- oder Eierstockkrebs  
in der Familie oder bei Ihnen selbst?    nein  / ja

- selbst                                    im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Mutter                                    im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Schwester                                im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Tochter                                    im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Vater                                        im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Großmutter                                im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Tante                                        im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- Cousine                                    im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren
- \_\_\_\_\_                                im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren

Nehmen Sie zur Zeit Hormone ein?            nein  / ja  (Tabletten/Pflaster): \_\_\_\_\_

Frühere Mammographien (auch Screening)?    nein  / ja  wann und wo? \_\_\_\_\_

Sind Sie schwanger?                                nein  / ja

■ **Schweigepflicht/Datenschutz:**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

■ **Einverständniserklärung:**

**Ich bin mit der Durchführung der Mammographie einverstanden:**

Ja:                                     Nein:

Bei **unklaren Befunden** bin ich damit einverstanden, dass die Radiologie Betzdorf **frühere Untersuchungen zum Vergleich** (Bildmaterial und Arztbriefe) bei anderen Ärzten anfordern und archivieren darf:

Ja:                                     Nein:

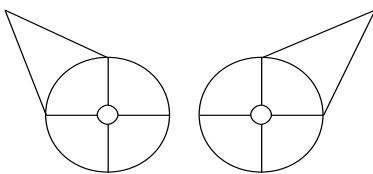
Ich bin mit der Übersendung von Befundberichten an den überweisenden Arzt **und** ggf. an den Hausarzt einverstanden:

Ja:                                     Nein:

Sie können diese Willenserklärung mittels schriftlicher Mitteilung jederzeit widerrufen.

Datum

Unterschrift



- Chemotherapie \_\_\_\_\_
- Bestrahlung \_\_\_\_\_
- antihormonelle Therapie \_\_\_\_\_
- Indikation/Besonderheiten \_\_\_\_\_

Aufnahme <sup>⊗</sup>	kV <sup>⊗</sup>	mAs <sup>⊗</sup>	⊗
re. · cc. <sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>
li. · cc. <sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>
· re. · obl. <sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>
· li. · obl. <sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>
	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>
	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>
<b>MTA</b> <sup>⊗</sup>	<sup>⊗</sup>		<sup>⊗</sup>

Rechtfertigende Indikation gestellt.

Unterschrift des Arztes:



**Patienteninformation: Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust)**

Ihr Name: \_\_\_\_\_


Ihr behandelnder Arzt hat für Sie eine **Mammographie** empfohlen. Die Untersuchung ist bei Beschwerden oder Auffälligkeiten in der Brust wie Schmerzen oder tastbaren Knoten das wichtigste

■ **Wie funktioniert eine Mammographie?**

Im Röntgengerät wird die Brust möglichst schmerzarm zusammengedrückt, sodass auch feinste Strukturen beurteilt werden können und die Strahlendosis gering bleibt. Das Zusammendrücken ist für die Brust ungefährlich. In der Regel werden zwei Aufnahmen jeder Brust angefertigt. Die Anfertigung einer Aufnahme dauert nur wenige Sekunden.

Eventuell hat Ihr Arzt zusätzlich eine **Ultraschalluntersuchung** Ihrer Brust empfohlen. Diese führen wir in der Regel im direkten Anschluss an die Mammographie durch. Hin und wieder stellt sich erst nach der Röntgenmammographie heraus, dass ein zusätzlicher Ultraschall der Brust sinnvoll oder notwendig ist.

Nach der Untersuchung bespricht ein Arzt mit Ihnen den Befund und nimmt eine Einschätzung der Diagnose vor.

 **Bitte beachten Sie, dass wir als Radiologen keine Therapieempfehlungen geben können. Ihr behandelnder Arzt (Überweiser) wird sie über geeignete Therapien informieren.**

Nehmen Sie bitte **nachdem der Arzt mit Ihnen gesprochen hat** wieder im Wartezimmer Platz. Wir bringen Ihnen unaufgefordert die **CD mit Ihren Bildern**.

■ **Sind Komplikationen möglich?**

Nur in **Ausnahmefällen**.

Falls Sie blutgerinnungshemmende Medikamente einnehmen (sog. Blutverdünner) können in seltenen Fällen Blutergüsse auftreten.

Unser modernes Mammographiegerät kommt mit einer sehr geringen Dosis an Röntgenstrahlen aus. Wir sind Ärzte mit Strahlenschutzfachkunde und Sie können sich sicher sein, dass wir die Notwendigkeit Ihrer Untersuchung sorgfältig prüfen. Wir werden den Nutzen

Untersuchungsverfahren. Falls Sie bereits an Brustkrebs erkrankt waren ist die Mammographie die wichtigste Untersuchung in der Nachsorge.

der Untersuchung gegenüber den potenziellen Risiken gewissenhaft beurteilen. Wenn Sie weitere Informationen zur Strahlenbelastung wünschen, dann sprechen Sie uns bitte an.

Informieren Sie uns unbedingt, wenn Sie schwanger sind oder sein könnten. Bei **Schwangerschaft** darf die Röntgenmammographie nicht durchgeführt werden.

■ **Ablehnung der Untersuchung**

Durch eine **Ablehnung** der Untersuchung können Ihnen **gesundheitliche Nachteile** entstehen. Therapien/Operationen können vielleicht nicht oder erst verspätet durchgeführt werden, was sich entscheidend auf die Prognose auswirken kann.

■ **Datenschutz und Schweigepflicht**

Gemäß ärztlicher Berufsordnung und Gesetzgebung (SGB V) sind wir verpflichtet, Ihrem überweisenden Arzt/Ihrer überweisenden Ärztin über die Untersuchungsergebnisse zu berichten. Alle externen Dienstleister, die mit Patientendaten in Kontakt kommen, unterliegen ebenfalls der Schweigepflicht.

Es kommt häufig vor, dass wir Brustveränderungen nur dann abschließend beurteilen können, wenn uns Voruntersuchungen vorliegen.

Wenn Sie zum ersten Mal bei uns untersucht werden kann es notwendig sein, dass wir **Bilder und Arztbriefe von anderen Ärzten** anfordern müssen – vorausgesetzt Sie haben uns hierzu Ihr Einverständnis gegeben.

 **Ich habe die Patienteninformation gelesen und verstanden:**



Datum

Ihre Unterschrift

Rechtfertigende Indikation gestellt.

Unterschrift des Arztes: