

Vorname, Name: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum : \_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung zur Röntgenuntersuchung**

Liebe Patientin, lieber Patient!  
Im Rahmen der Strahlenschutzverordnung bitten wir Sie, uns folgende Fragen vor der Röntgenuntersuchung gewissenhaft zu beantworten.

Frühere Mammographien:  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_  
und wo: \_\_\_\_\_

Frauen im gebärfähigen Alter, könnten Sie schwanger sein?  Ja  Nein

Gewicht: \_\_\_\_\_kg Größe: \_\_\_\_\_cm

Ich erkläre mich mit der Röntgenuntersuchung und der damit einhergehenden Strahlenbelastung für mich/mein Kind einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Patient / Patientin / Erziehungsberechtigter

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

Brustschmerzen:  Nein  Ja, wo: \_\_\_\_\_

Absonderungen aus der Brust:  Nein  Ja, Farbe: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt der letzten Periode: \_\_\_\_\_  regelmäßig  unregelmäßig

Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ Geburten: \_\_\_\_\_ Gestillt:  Nein  Ja

Brustentzündungen?  Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_  rechts  links

Operationen an der Brust kosmetisch / Probenentnahme / Bösartig:

Nein  Ja, wann: \_\_\_\_\_

Operationen gynäkologisch  Nein  Ja

Gebärmutter  Eierstock, wann: \_\_\_\_\_

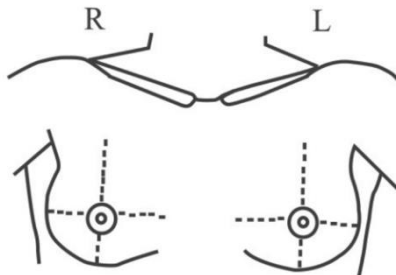
Frühere Krebserkrankungen:

Nein  Ja, welche: \_\_\_\_\_

Bekannte familiäre Brustkrebserkrankungen:

Nein  Ja, bei der: \_\_\_\_\_

**Anamnese und klinischer Befund**



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Erstellt von: Dr. Blazek	Geändert am: ./.	Geprüft am: 04.12.2020	Freigegeben am: 10.02.2021
Version: 1	Geändert von: ./.	Geprüft von: Dr. Blazek	Freigegeben von: Pfeifer