

Wir bitten um folgende Angaben:

Name: _____

Telefonnummer: _____

Radiologie Waiblingen
Radiologie und Nuklearmedizin
PD Dr. med. Hansjörg Rempp
Prof. Dr. med. Claus D. Claussen

Bei mir besteht eine Schwangerschaft: ja nein

Zur Einschätzung des Brustkrebsrisikos bitten wir um möglichst genaue Angaben:

- Familiäres Risiko:** Sind in Ihrer Familie (vater-mutterseits) bösartige Erkrankungen der Brustdrüse bekannt? Ja nein wenn ja, wer? _____
- Hatten bzw. haben Sie Brustschmerzen? ja nein
Rechts links beidseits
- Haben Sie einen Sekretaustritt (Flüssigkeit aus der Brustwarze) bemerkt ja nein
- Nehmen Sie zur Zeit Hormonpräparate (z.B. Pille, Spirale, etc.) ein? Ja nein
- Wie lange nehmen/nahmen Sie Hormone (Östrogene/Gestagene) ein? _____
- Wann war Ihre letzte Regelblutung? _____
- Hatten Sie eine Operation an der Brust/Gebärmutter/ Eierstöcke? Ja nein
Wenn ja, wann? _____

Einwilligung

- Ich bin mit der Untersuchung einverstanden.
- Ich bin damit einverstanden, dass meine Befunde, Diagnose und ggf. Bilddaten an meine behandelnden Ärzte übermittelt werden.

Ausführliche Informationen zum Schutz Ihrer Daten können Sie unserem Informationsblatt und unserer Homepage www.radiologie-waiblingen.de entnehmen.

Ich kann jederzeit die Einwilligung zur Datenvereinbarung schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Patientin/Patient/Eltern

Arzt