

○ Nürnberg Sana Klinik
Weiltinger Str. 13
90449 Nürnberg

○ Nürnberg Ost
Äußere Sulzbacher Str. 124a
90491 Nürnberg

○ Fürth Mitte
Bahnhofplatz 6
90762 Fürth

○ Fürth Süd
Benno-Strauß-Str. 1
90763 Fürth

○ Coburg
Mohrenstr. 8
96450 Coburg



PATIENTENETIKETT EINKLEBEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

bei Ihnen soll eine Kernspintomographie der Brust / Brustwand durchgeführt werden. Der Untersuchungsablauf wird Ihnen noch genau erklärt, Ihre Fragen zur Untersuchung können dabei beantwortet werden. Zur Auswertung der Untersuchung benötigen wir noch einige Auskünfte. Wir möchten Sie hierzu bitten, die folgenden Fragen zu beantworten. Vielen Dank.

! Bestanden / Bestehen in Ihrer Familie Brustkrebserkrankungen? Falls ja, bei wem und in welchem Alter? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Bestanden / Bestehen in Ihrer Familie Eierstockkrebserkrankungen? Falls ja, bei wem und in welchem Alter? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Ist Ihre Periode regelmäßig? Datum des ersten Tages der letzten Periode? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Hatten Sie Geburten?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Haben Sie gestillt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Sind sie schwanger ? Termin der letzten Periode? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Stillen Sie zur Zeit? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Nehmen Sie Hormone ein / tragen Sie ein Hormonpflaster? Falls ja, bei welches Präparat? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Haben Sie aktuell Beschwerden? Falls ja, welche? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Wurde bereits eine Mammographie durchgeführt? Falls ja, wann und bei wem? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Wurde bereits eine Kernspintomographie der Brust / -wand durchgeführt? Falls ja, wann und bei wem? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Besteht / Bestand bei Ihnen einen Brustkrebserkrankung? Falls ja, wann wurde die Diagnose gestellt? _____ Welche Seite war / ist erkrankt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN <input type="radio"/> LINKS <input type="radio"/> RECHTS
Wurde eine Gewebeprobe entnommen? Falls ja, mit welchem Ergebnis? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Wurde eine Operation durchgeführt? Falls ja, wann und bei wem? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Wurde eine medikamentöse Therapie durchgeführt? (z. B. Chemo-, Antikörper- oder endokrine Therapie) Falls ja, wann und bei wem? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Wurde eine Bestrahlung durchgeführt? Falls ja, wann und bei wem? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Bei weiteren Fragen sprechen Sie uns bitte an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt eines Exemplars dieses Schreibens.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Betreuer