

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



### Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur bestmöglichen Vorbereitung Ihrer Untersuchung und für die Information des Arztes vor Ihrem Arztgespräch bitten wir Sie um nachfolgende Angaben:

Name	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße / Hausnummer	Private Versicherung
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ / Wohnort	Hauptversicherer
<input type="text"/>	<input type="text"/>

! Ist heute Ihre erste Mammographie? Falls nein, wann war Ihre letzte Mammographie / bei wem? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Sind sie <b>schwanger</b> ? Termin der letzten Periode? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Stillen Sie zur Zeit? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Haben Sie <b>Kinder</b> ? Falls ja, wie viele? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Haben Sie gestillt?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Gibt / Gab es in Ihrer Familie Brustkrebs oder Unterleibskrebs? (bitte Entsprechendes unterstreichen) Verwandschaftsgrad? Alter? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Haben / Hatten Sie bereits Brustkrebs?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Haben / Hatten Sie eine bösartige Tumorerkrankung außerhalb der Brust?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Wurden Sie schon einmal <b>operiert</b> ? Falls ja, wann und welches Körperteil? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Haben Sie Brustschmerzen?	<input type="radio"/> LINKS <input type="radio"/> RECHTS
Besteht eine Mamillensekretion (Absonderungen aus der Brustwarze)? Seite, Farbe, Spontan, Provozierbar? _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
! Nehmen Sie Medikamente / Hormone?	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Sind Sie an Diabetes mellitus erkrankt? <input type="radio"/> TYP 1 <input type="radio"/> TYP 2 Falls ja, seit wann? _____ Sind Sie insulin-/tablettentpflichtig (metforminhaltig) _____	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten

Körpergewicht (kg) \_\_\_\_\_ Körpergröße (cm) \_\_\_\_\_

Ich bin über den Ablauf der Untersuchung unterrichtet und mit der Untersuchung einverstanden. Bei weiteren Fragen sprechen Sie uns bitte an. Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt eines Exemplars dieses Schreibens. Bei Untersuchungen Minderjähriger ist die Einverständniserklärung der Eltern erforderlich.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Erziehungsberechtigter / Betreuer

Unterschrift Arzt / Ärztin

MP | MD | HT | Risiko

Haut

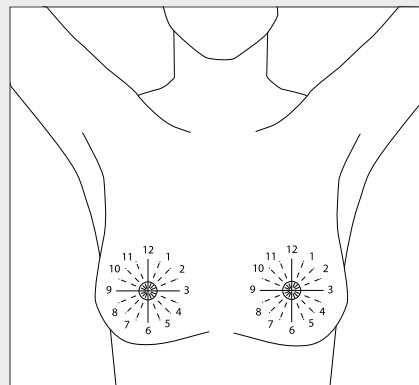
Lymphknoten

Mamillen

Mamillensekretion

Tastbefund

Bestrahlung wegen Tumoren?



Röntgenbefund + ACR-Typ

Sonographie

Galaktographie

Punktion / Histologie

Beurteilung

Bi-RADS

Kontrolle

Therapieempfehlung

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / Ärztin