

- 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
Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	Private Versicherung
PLZ Wohnort	Hauptversicherte(r)

Körpergewicht (ca.): _____ kg Größe (ca.): _____ cm

- 1. Ist heute Ihre erste Mammographie?** Ja Nein

Ihre letzte Mammographie war wann? _____

Bei wem? _____
- 2. Frauen im gebärfähigen Alter: Sind Sie schwanger?** Ja Nein Vielleicht
- 3. Termin der letzten Periode?** _____
- 4. Haben Sie Kinder und wie viele?** Ja Nein

Haben Sie gestillt? _____ Ja Nein
- 5. Gibt / Gab es in Ihrer Familie Brustkrebs oder Unterleibskrebs?** Ja Nein

Verwandschaftsgrad? Alter? _____
- 6. Haben / Hatten Sie bereits Brustkrebs?** Ja Nein
- 7. Haben / Hatten Sie eine bösartige Tumorerkrankung außerhalb der Brust?** Ja Nein
- 8. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, wann?** Ja Nein

Welches Körperteil? _____
- 9. Haben Sie Brustschmerzen?** Rechts Links Nein
- 10. Haben / Hatten Sie bereits Brustkrebs?** Ja Nein
- 11. Mamillensekretion (spontan / provozierbar) + Seite + Farbe?** _____ Ja Nein
- 12. Nehmen Sie Medikamente / Hormone?** _____ Ja Nein
- 13. Diabetes mellitus: Seit wann?** _____ TYP 1 TYP 2 Nein

Insulinpflichtig / Tabletten (metforminhaltig): _____
- 14. Wie wurden Sie darauf aufmerksam?** _____

Einverständniserklärung der Patientin / des Patienten

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 der Patientin / des Patienten / Erziehungsberechtigten bzw. Betreuers



KLINISCHE ANGABEN / nicht vom Patienten auszufüllen

MP, MD, HT, Risiko

MA Kürzel

Haut

Mamillen

Mamillensekretion

Tastbefund

Lymphknoten

Bestrahlung wegen Tumoren?

Sonographie

Galaktographie

Punktion / Histologie

Beurteilung

Bi-RADS

Kontrolle

Therapieempfehlung

Ort, Datum

Unterschrift der Ärztin / des Arztes