

**Radiologische Privatpraxis für Individuelle Brustdiagnostik**  
**Medical history and patient data**

Please fill in block letters

<b>Surname</b>	<b>First name</b>	<b>Birthdate</b>	<b>Age</b>
<b>Street, number</b>		<b>Post code, place</b>	
<b>E-mail-address</b>		<b>phonenumber</b>	
<b>Name of your health insurance</b>			

Dear patients,

We cannot settle with public health insurance. We bill our services corresponding the tariff for doctors. Services which are not accepted by your insurance-provider have to be paid by yourself, independently of the payment habits of your insurance-provider.

Would you like us to send a report copy to your gynecologist?

If **YES**, please tell us the name: \_\_\_\_\_

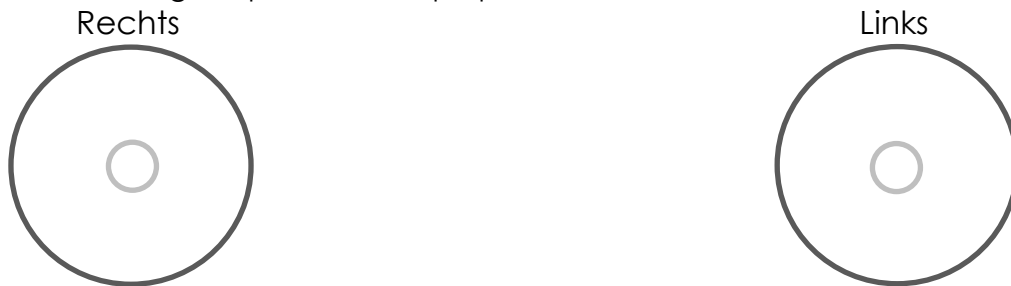
\_\_\_\_\_ **place, date** \_\_\_\_\_ **signature**

<b>What is the reason of your visit today?</b>				
Early detection examination <b>actually I have no complaints</b>	<b>Yes</b>		<b>No</b>	
I have new changes (for example pain, nodes)	<b>Yes</b>	<b>No</b>	Since when?	Which side?
I'm planning a breast surgery	<b>Yes</b>	<b>No</b>	Enlargement/ reduction? When exactly?	
I have complaints with my breast implants	<b>Yes</b>	<b>No</b>	Since when? Which side? When was the operation?	
I'm here to control an uncertain result of the breast (detected in mammografie/ ultrasound)	<b>Yes</b>	<b>No</b>	Where was the last examination (practice/ hospital)?	
I'm here for an aftercare of breast cancer	<b>Yes</b>	<b>No</b>	When was the surgery? _____ Did you get chemotherapy? _____ Did you get radiotherapy? _____ Were lymphnodes affected? _____	
<b>Medical history</b>				
Did you have a mammography before?	<b>Yes</b>	<b>No</b>	Which practice? When was the last?	
Is breast cancer known in your family?	<b>Yes</b>	<b>No</b>	Who? _____ Which age? _____	
Do you take hormonepreparations?	<b>Yes</b>	<b>No</b>	Which preparation? _____ Since when?	
Could you be pregnant right now?	<b>Yes</b>		<b>No</b>	
Did you have children?	<b>Yes</b>	<b>No</b>	How many? _____ How long did you breast feed? _____	

**Vermerk Dr. med. J. Remschmidt zum Aufklärungsgespräch:**

Erörtert wurden z. B.: Ziel und Aussagekraft der Untersuchung, Untersuchungsablauf, in Betracht kommende Zusatzmaßnahmen, ggf. Notwendigkeit/ Sinn einer der dargestellten Zusatzmaßnahmen, Risiken, Nebenwirkungen, Strahlenrisiko, risikohörende Besonderheiten, Verhaltenshinweise vor und nach der Untersuchung/ Behandlung sowie (hier bitte insbesondere individuelle Gesprächsinhalte, z. B. Ablehnung einzelner Maßnahmen, Betreuungsfall, Bevollmächtigter und ggf. spezielle Vermerke zum Info-Teil sowie die Gesprächsdauer dokumentieren)

**Klinische Untersuchung: Inspektorisch & palpatorisch**



Folgende Untersuchung ist vorgesehen (vom Arzt anzukreuzen):

Röntgenuntersuchung der Brust: 3D Tomosynthese	cc	mlo	Ultraschall der Brust	
Röntgenuntersuchung der Brust: Mammografie	cc	mlo	Tastuntersuchung der Brust	

Einwilligung: den Aufklärungsbogen habe ich gelesen und verstanden. Ich konnte im Aufklärungsgespräch alle mich interessierenden Fragen stellen. Sie wurden vollständig und verständlich beantwortet. Ich fühle mich ausreichend informiert, habe mir meine Entscheidung gründlich überlegt und benötige keine weitere Überlegungsfrist. Ich willige in die oben vermerkte Untersuchung ein. Ergibt sich die Notwendigkeit/ der Sinn einer der dargestellten Zusatzmaßnahmen erst während der Untersuchung, bin ich mit der Durchführung ebenfalls einverstanden sowie mit erforderlichen Neben- und Folgeeingriffen. Den Fragebogen (Anamnese) habe ich nach bestem Wissen ausgefüllt.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_  
Patientin

**Empfehlung zu Verlaufskontrollen und Prozedere:**

Tomosynthese	in 6 Monaten	in 12 Monaten	in 24 Monaten
Mammographie	in 6 Monaten	in 12 Monaten	in 24 Monaten
Sonografie	in 3 Monaten	in 6 Monaten	in 12 Monaten
Ultraschallgesteuerte Stanzbiopsie (USB)	Vakuumbiopsie per Tomosynthese	Mamma-MRT	Genetische Beratung