

Privatpraxis für Individuelle Brustdiagnostik
Anamnese und Einwilligung - bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Alter:
Straße, Hausnr.:		PLZ, Ort:	
E-Mail-Adresse:		Tel. /Mobil:	
Name Versicherung:		<input type="checkbox"/> ja, ich bekomme Beihilfe	
<input type="checkbox"/> Bitte senden Sie auch eine KOPIE meines Befundes an (NAME-Praxis):			

Herzlich Willkommen.

Liebe Patientin, wir werden Sie in Kürze zur Mammographie bzw. zu der geplanten Untersuchung aufrufen. Es folgt die Besprechung und körperliche Untersuchung mit der Ärztin. Zur Vorbereitung der Abläufe benötigen wir bitte folgende Informationen und Einwilligung von Ihnen:

Unsere Leistungen stellen wir Ihnen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in Rechnung. Leistungen, die nicht von Ihrer Versicherung/Beihilfestelle anerkannt werden, müssen von Ihnen selbst getragen werden, unabhängig vom Umfang der Erstattung und der Zahlungsgewohnheit Ihrer Krankenversicherung. Die GOÄ-Ziffer 1 (Beratung) steigert Fr. Dr. Remschmidt um den Faktor 3,5 (auf 16.31€). Dies bedeutet evtl. für Sie, die Differenz zum Faktor 2,3 in Höhe von 5,59 € selber zu zahlen.

Mir ist bekannt, dass eine Erstattung der Entgelte durch meine private Krankenversicherung/ Beihilfestelle im Einzelfall nicht bzw. nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Welche medizinisch notwendigen Leistungen anfallen, entscheidet sich im Laufe der Behandlung.

Berlin, Datum

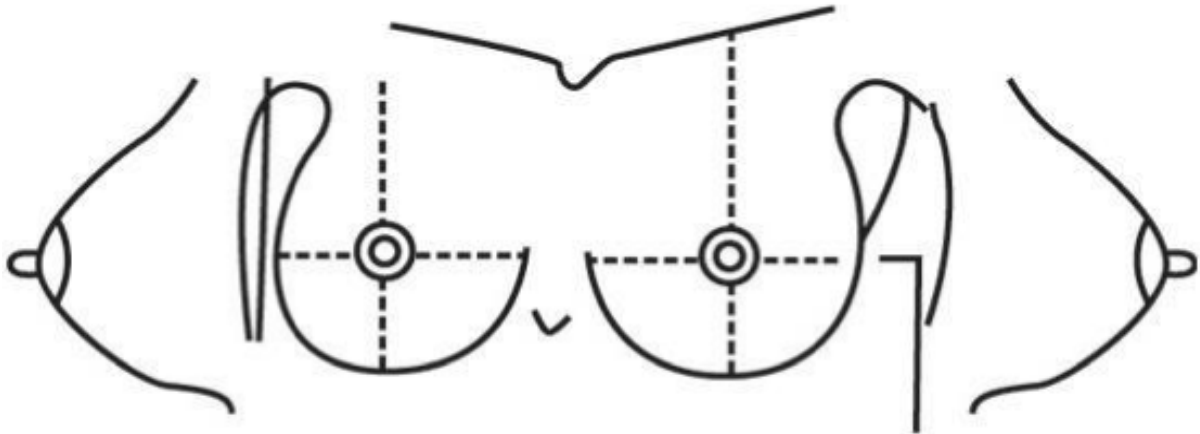
Unterschrift Patientin

Bitte ankreuzen ...	NEIN	JA	
Ich hatte bereits eine Mammographie			Datum: Name Praxis:
Ein Brust Ultraschall wurde durchgeführt			Datum: Name Praxis:
Mir ist eine Veränderung der Brust aufgefallen			<input type="checkbox"/> Tastbarer Knoten SEITE: <input type="checkbox"/> Veränderung der Haut oder Einziehung der Brustwarze <input type="checkbox"/> Sonstiges
Ich hatte eine Operation an meiner Brust			Datum: SEITE:
Bei mir wurde Brustkrebs festgestellt			<input type="checkbox"/> Brusterhaltende OP SEITE: ○ Chemotherapie Datum OP: ○ Bestrahlung ○ Tamoxifen- Einnahme Tumorformel:
Ich trage Brustimplantate			Datum OP:
Ich plane eine Brust-Operation:			Welche OP ist geplant?
Es gibt Brust- oder Eierstock Krebs in meiner Familie			<input type="checkbox"/> Mutter Alter bei Erkrankung: <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Tante mütterlicherseits / väterlicherseits <input type="checkbox"/> Großmutter mütterlicherseits. / väterlicherseits ○ Genetische Testung für BRCA1/2 stattgefunden
Ich befinde mich in den Wechseljahren (Menopause) oder darüber			<input type="checkbox"/> Ich nehme Hormone ein, seit: ○ Östrogen ○ Gestagene
Ich habe einen regelmäßigen Zyklus (prämenopausal)			<input type="checkbox"/> Datum letzter Zyklus: ○ Ich nehme die Pille ein, seit: ○ Ich habe eine Spirale
Ich habe Kinder geboren und gestillt:			<input type="checkbox"/> Anzahl: Stillzeit insgesamt:
Ich bin schwanger			

Vermerk Dr. med. J. Remschmidt zur Untersuchung:

Erörtert wurden z. B.: Ziel und Aussagekraft der Untersuchung, Untersuchungsablauf, in Betracht kommende Zusatzmaßnahmen, ggf. Notwendigkeit/ Sinn der dargestellten Zusatzmaßnahmen, Risiken, Nebenwirkungen, Strahlenrisiko, risikoe erhöhende Besonderheiten.

Narben: Port-a-cath: Mamillen: Implantate:



ACR-Dichtetyp: A B C D

BI-RADS: 1 2 3 4

Folgende Zusatzuntersuchung ist vorgesehen (vom Arzt anzukreuzen):

	Rechts	LINKS
Vergrößerung (MX-Technik)		
Spot-Kompression (Tomo. Technik)		
ML -Ebene	Rechts	LINKS
Empfehlung zur Biopsie Ultraschallgesteuert (USB) oder Vakuumbiopsie (VSB)	Termin am: Aufklärungsgespräch Einverständnis:	

Empfehlung, Verlaufskontrolle und Prozedere:

3D-Tomosynthese/ Mammographie	in 6 12 24 Monaten - DATUM
Sonografie	in 3 6 12 Monaten – Datum
Mamma-MRT	Genetische Beratung