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:		ja, ich bekomme Beihilfe	

☐ Bitte senden Sie auch eine **KOPIE meines Befundes** an meine Frauenärztin (NAME):

Liebe Patientin,
wir werden Sie in Kürze zu der geplanten Untersuchung aufrufen. Nach der Mammographie folgt die Besprechung, die Tastuntersuchung sowie Ultraschall durch die Ärztin. Unsere Leistungen stellen wir Ihnen nach der Gebührenordnung für Ärzte (**GOÄ**) in Rechnung. Leistungen, die nicht von Ihrer Versicherung anerkannt werden, müssen von Ihnen selbst getragen werden, unabhängig vom Umfang der Erstattung und der Zahlungsgewohnheit Ihrer Krankenversicherung. Die GOÄ-Ziffer 1 (Beratung) steigern wir grundsätzlich um den Faktor 3,5 (auf 16.31€), da wir uns ausführlich Zeit für Sie nehmen. Dies bedeutet eventuell für Sie, die Differenz zum Faktor 2,3 in Höhe von 5,59 € selbst zu tragen.
Um Zahlungsausfälle zu vermeiden, bitte wir Sie, Ihre Rechnung im Anschluss an die Untersuchung direkt zu begleichen.
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.

Ich bitte um Erinnerung an:

- **vereinbarte Termine (24 h vorher):** ☐ **ja** ☐ **nein**
- **zukünftige Wiedervorstellung (Recall):** ☐ **ja** ☐ **nein**

Bitte beachten Sie: Bei Nichterscheinen oder Terminabsage < 24h erheben wir eine Ausfallgebühr von 80 €.

Unterschrift: _____ **Datum:** _____

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