



Diagnostische Radiologie MVZ am DRK Krankenhaus Chemnitz-Rabenstein

Aufklärungsbogen zur Mammographie

Name, Vorname: _____

Telefonnummer(n): _____

Geb. Datum: _____

Größe: _____ **cm** **Gewicht:** _____ **kg**

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

eine Mammographie ist eine spezielle Röntgenuntersuchung der Brustdrüse. Durch eine Mammographieaufnahme lassen sich winzige Verkalkungen schon ab einem Durchmesser von 0,1 Millimeter im Brustgewebe aufspüren. Manche dieser sogenannten Mikroverkalkungen können Hinweise auf eine Vorstufe von Brustkrebs sein. Kleine Tumoren sind ab 5 Millimeter Durchmesser zu erkennen. Die Aussagesicherheit von mammographischen Aufnahmen hängt sehr stark von der Beschaffenheit, dem Aufbau und der Gewebedichte der Brust ab. Jede Röntgenuntersuchung ist mit einer gewissen Strahlenbelastung verbunden. Dieser stehen bei der Mammographie deutlich verbesserte Heilungschancen bei früh erkanntem Brustkrebs gegenüber. Eine Mammographie wird empfohlen, wenn die Frau einen Knoten oder eine Verhärtung ertastet hat, ebenso bei Schmerzen, ungewöhnlichen Hautveränderungen, Ausfluss aus der Brustwarze oder vergrößerten Lymphknoten in der Achselhöhle. Auch wenn ein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, z.B. durch eine andere schon bestehende Krebserkrankung oder durch familiäre Vorbelastung, kann eine regelmäßige Mammographie sinnvoll sein.

Untersuchungsablauf

Die Untersuchung dauert nur wenige Minuten. Für die Untersuchung ist es erforderlich, den Oberkörper vollständig freizumachen. Eine Mitarbeiterin führt Sie an das Mammographie-Gerät und erklärt Ihnen den Untersuchungsablauf dann auch nochmals im Detail. Anschließend wird jede Brust zwischen zwei Plexiglasplatten gelegt und kurz zusammengedrückt. Diese Komprimierung der Brust wird von manchen Frauen als unangenehm oder auch (selten) als schmerzhaft empfunden. Bitte beachten Sie: Je stärker die Brust komprimiert wird, desto besser ist die Darstellung des Brustgewebes und eventueller Veränderungen. Ebenfalls verringert sich mit guter Kompression die benötigte Röntgendosis. Die Röntgenassistentin wird aber in jedem Falle die Stärke der Kompression individuell mit Ihnen abstimmen. In der Regel werden je Brust zwei Aufnahmen in verschiedenen Ebenen gefertigt. Gegebenenfalls kann es sinnvoll sein, noch weitere mammographische Spezialaufnahmen oder auch eine Sonographie (Ultraschalluntersuchung) der Brust ergänzend durchzuführen.

Für den reibungslosen Ablauf der Untersuchung bitten wir Sie, uns noch einige Fragen möglichst genau zu beantworten.

Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen erstellt worden? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wurden die letzten Aufnahmen im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms erstellt? _____ JA ☐ NEIN ☐

Ist bei Ihnen schon einmal eine MRT der Brust durchgeführt worden? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn JA, bitte ausfüllen:

Wann wurden diese Aufnahmen angefertigt? _____ (Tag/Monat/Jahr)

Bei wem wurden diese Aufnahmen angefertigt? _____

Anamnese (Krankheitsvorgeschichte)

Letzte Menstruation? _____

Familiäre Brustkrebsbelastung? _____ JA ☐ NEIN ☐ Wenn JA, wer? _____

Schwangerschaften? _____ JA ☐ NEIN ☐ Wenn JA, wieviele? _____

Gestillt? _____ JA ☐ NEIN ☐ Wenn JA, wie lange? _____

Hormoneinnahme? _____ JA ☐ NEIN ☐ Wenn JA, welche? _____

Sind Sie schon einmal an der Brust erkrankt oder operiert worden? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn JA, bitte beantworten:

Diagnose Brustkrebs: links ☐ rechts ☐ Datum letzte Diagnose: _____ (Monat/Jahr)

Anzahl Brustoperationen: _____

Brustimplantate: links ☐ rechts ☐ Datum letzte OP Brustimplantate: _____ (Monat/Jahr)

Brustverkleinerung: links ☐ rechts ☐ Datum letzte OP Brustverkleinerung: _____ (Monat/Jahr)

Entfernung der Brust: links ☐ rechts ☐ Datum letzte OP Brustentfernung: _____ (Monat/Jahr)

Brusterhaltende OP: links ☐ rechts ☐ Datum letzte OP Brusterhaltend: _____ (Monat/Jahr)

Bestrahlung einer Brust: links ☐ rechts ☐ Zeitraum der Bestrahlungen: _____ (Monat/Jahr)

Entnahme Gewebeprobe: links ☐ rechts ☐ Datum letzte Gewebeprobe: _____ (Monat/Jahr)

Sonstige Operation: links ☐ rechts ☐ Datum letzte OP: _____ (Monat/Jahr)

Welche? _____

Haben Sie in letzter Zeit eine Veränderung der Brust bemerkt, die Sie besorgt? _____ JA ☐ NEIN ☐

Wenn JA, bitte beantworten:

Tastbare Knoten links ☐ rechts ☐

Dellen oder Verhärtungen der Haut links ☐ rechts ☐

Äußerlich sichtbare Veränderungen links ☐ rechts ☐

Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze links ☐ rechts ☐

Blutungen oder andere flüssige Absonderungen aus der Brustwarze links ☐ rechts ☐

Andere: _____ links ☐ rechts ☐

Patienteninformationsverpflichtung: Dieses Formblatt wird bei uns für 10 Jahre aufbewahrt. Wir sind verpflichtet, Ihnen eine Kopie dieses Bogens auszuhändigen. Wenn Sie aus Gründen des Umweltschutzes darauf verzichten wollen, bitte hier ankreuzen:

Ich benötige eine Kopie _____ JA ☐ NEIN ☐

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben und erkläre mich mit der Untersuchung einverstanden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass von mir aktuelle und ältere angefertigte Bilddokumentationen und Befundberichte sowohl von uns bei behandelnden Ärzten angefordert als auch an diese weitergeleitet werden dürfen.

Datum / Unterschrift Arzt

Unterschrift des/r Patienten/in (bzw. Erziehungsberechtigten)