

Patientenaufklärungsbogen – Mammographie (MG)

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Untersuchungsdatum: _____

Liebe Patientin, lieber Patient,

bei Ihnen ist eine Röntgenuntersuchung der Brust (Mammographie) vorgesehen. Die Mammographie ist neben der Sonographie (Ultraschall) die wichtigste Untersuchung zur Früherkennung von Brustkrebs. Mit deren Hilfe können frühzeitig verdächtige Knoten entdeckt und gutartige von bösartigen Erkrankungen unterschieden werden. Weiterhin dient die Mammographie zur Verlaufskontrolle bei einer behandelten Tumorerkrankung. Mit diesem Aufklärungsbogen sollen Sie möglichst genau über den Ablauf der Untersuchung und evtl. Risiken informiert werden.

Wie verläuft eine Mammographie-Untersuchung?

Die Brust wird jeweils in 2 Ebenen geröntgt (einmal von oben und einmal schräg-seitlich). Hierfür wird die Brust auf der Röntgenplatte gelagert und mit einer Kompressionsplatte vorsichtig zusammengedrückt. Je mehr die Brust zusammengedrückt wird, desto besser wird das Röntgenbild und desto niedriger ist die nötige Strahlendosis. Bitte teilen Sie der Assistentin mit, wann der Vorgang zu schmerzhaft für Sie wird und beendet werden soll. Die Mammographie selbst dauert nur wenige Minuten. Bleiben Sie währenddessen in der vorgegebenen Haltung, bewegen Sie sich nicht und beachten Sie die Hinweise für die Atmung. Nach der Mammographie tastet der Arzt ggf. Ihre Brüste und Achselhöhlen ab und untersucht sie im Hinblick auf eventuelle Veränderungen. Diesen klinischen Befund vergleicht er dann mit dem Röntgenbild.

Welche Risiken können auftreten?

Risiko und Nutzen sollten genau abgewogen werden. Da jedoch das Risiko an Brustkrebs zu erkranken mit dem Alter steigt und die Strahlenempfindlichkeit abnimmt, spricht das eindeutig für die Mammographie. Die Mammographie hat wesentlich dazu beigetragen, dass sich die Heilungschancen bei Brustkrebs deutlich gebessert haben. Gesundheitliche Schäden und sonstige Komplikationen durch die Mammographie sind nicht bekannt. Nach der Mammographie kann Ihre Brust infolge der Kompression noch 1 bis 2 Tage schmerzen. Dies ist jedoch harmlos.

Zur korrekten Durchführung der Untersuchung füllen Sie bitte den Bogen aus:

1. Wurde schon einmal eine Mammographie bei Ihnen durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

—> Wenn ja: Wann? Wo? _____

2. Wurde schon einmal eine Sonographie (Ultraschall) der Brust durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

—> Wenn ja: Wann? Wo? _____

3. Wurde schon einmal eine MRT-Untersuchung der Brust durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja

—> Wenn ja: Wann? Wo? _____

bitte wenden

4. Sind oder waren Sie an Brustkrebs erkrankt? ☐ links ☐ rechts ☐ Nein
 —> Wenn ja: Wann? _____
5. Wurden Sie jemals an der Brust operiert? ☐ links ☐ rechts ☐ Nein
 —> Wenn ja: Wann? Welche Art von Eingriff? _____
6. Hatten Sie jemals eine andere Krebserkrankung? ☐ Nein ☐ Ja
 —> Wenn ja: Wann? Welche? _____
7. Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebs? ☐ Nein ☐ Ja
 —> Wenn ja: Wer? In welchem Alter? _____
8. Hatten Sie eine Brustdrüsenentzündung? ☐ links ☐ rechts ☐ Nein
 —> Wenn ja: Wann? _____
9. Letzte Menstruationsblutung, wann (bzw. welches Alter)?
 —> _____
10. Nehmen Sie Hormone? ☐ Nein ☐ Ja
 —> Wenn ja: welche und seit wann? Pille/ Hormonersatztherapie.

11. Hatten Sie Geburten? Wenn ja, wie viele? ☐ Nein ☐ Ja
 —> _____
12. Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? ☐ Nein ☐ Ja
13. Stillen Sie zurzeit? ☐ Nein ☐ Ja

14.
Angaben zu Beschwerden und Auffälligkeiten

Haben Sie Schmerzen in der Brust?

—> Falls JA, seit wann? _____ Wo? ☐ links ☐ rechts

Spüren Sie eine Knotenbildung?

—> Falls JA, seit wann? _____ Wo? ☐ links ☐ rechts

Haben Sie Hautveränderungen an der Brust?

—> Falls JA, seit wann? _____ Wo? ☐ links ☐ rechts

Haben Sie Ausfluss aus der Brust?

—> Falls JA, seit wann? _____ Wo? ☐ links ☐ rechts
☐ milchig oder wässrig ☐ schwärzlich oder blutig

Einwilligungserklärung:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Vorbefunde und -aufnahmen im Rahmen der Zweckbestimmung, unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen, von Ärzten und Kliniken angefordert werden dürfen. Diese Erklärung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, widerrufen werden. Ich habe den Inhalt dieses Informationsblattes gelesen und verstanden und versichere, alle Fragen sorgfältig beantwortet zu haben. Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügend informiert und willige in die geplante Untersuchung ein.

Datum:

.....
 Unterschrift des **Patienten**

Anmerkungen des **Arztes**:

Datum:

.....
 Unterschrift des **MTR / MFA**

.....
 Unterschrift des **Arztes**