



Name		Telefon privat	
Vorname		Telefon geschäftlich	
Straße		E-Mail-Adresse	
PLZ / Ort		Beruf	
Geb.-Datum	Krankenkasse bzw. private Versicherung		
Überweisender Arzt			
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden? (freiwillige Beantwortung)			
<input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Presseartikel <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/>			

Angaben laut Strahlenschutz-Verordnung

(bitte zutreffendes ankreuzen)

Grund für Ihre Untersuchung			
Besteht eine Schwangerschaft?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurden Sie schon einmal geröntgt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann zuletzt und was?			
Wurden Sie schon einmal mammographiert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
In unserer Praxis?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wann zuletzt?			
Wurde schon einmal ein Ultraschall der Brust durchgeführt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wo?		Wann zuletzt?	
Nehmen Sie Hormonpräparate ein (z.B. die Pille)?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welches?		Seit wann?	
Haben Sie oder Ihr Arzt Veränderungen an der Brust bemerkt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Brust?		Größe der Veränderung?	
Welche Veränderung?		Seit wann?	
Haben Sie einen Flüssigkeitsaustritt an der Brustdrüse bemerkt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche Brust?		Seit wann?	Farbe?
Ist eine familiäre Brustkrebsbelastung bekannt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bei wem?			
Wurden Sie schon einmal an der Brust operiert?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, wann?		Welche Brust?	<input type="checkbox"/> Rechts <input type="checkbox"/> Links
Wurde eine Brust bestrahlt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie gestillt?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine ansteckende Infektionskrankheit?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Befreiung von der Schweigepflicht und datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Patientendaten für die in der Praxisgemeinschaft bzw. Gemeinschaftspraxis tätigen Ärzte zur Verfügung stehen.

Für Privatpatienten:

Mit meiner Unterschrift befreie ich meinen ärztlichen Behandler für diese Behandlung von dessen Schweigepflicht und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung sowie die Rechnungsstellung erforderlichen, auch medizinischen Daten an die

MEDAS GmbH,

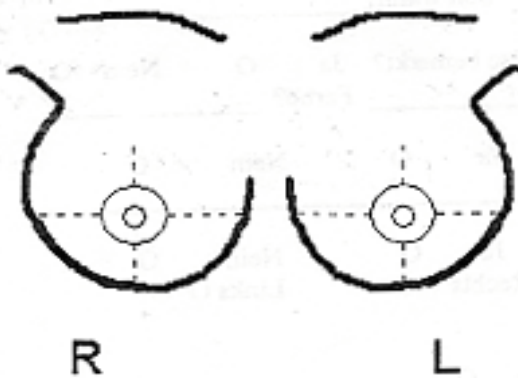
Treuhandgesellschaft für Wirtschaftsinkasso und medizinische Abrechnungen, durch diese Unterschrift einverstanden.

Bei Erziehungsberechtigten gilt diese Erklärung auch für die Behandlungsdaten des Kindes.

 Ort, Datum

 Unterschrift
Nur vom Personal auszufüllen

--	--	--	--	--



Klinischer Befund:

Tastbefund:

Lymphknotenstatus:

Nächste Kontrolle:

Procedere mit der Patientin besprochen:

 ja nein

Sondereinbarung: