



Patienteninformation Mammographie

Sehr geehrte Patientin,

Sie wurden uns von Ihrem Arzt für eine Brustdiagnostik (Mammographie) überwiesen und wir möchten Sie mit diesem Informationsblatt über die Risiken, das Gerät und den üblichen Ablauf der Untersuchung informieren.

Wir verfügen über ein digitales Mammographiegerät der Firma Siemens, den Mammomat Inspiration Tomo. Das Gerät entspricht der neusten Bauart und verfügt über die neusten Dosisersparmöglichkeiten. Mit dem Mammomat ist es uns auch möglich, Tomographien (Schichtaufnahmen) der Brust bei ausgewählten Fragestellungen zu erzeugen.

Bei der Mammographie wird auf die Brust ein Druck ausgeübt um das Gewebe auf dem Röntgenbild besser beurteilen zu können und insbesondere um die Strahlendosis zu minimieren. Je stärker der Druck, desto geringer die Dosis. Dies kann eventuell für einen kurzen Moment schmerzhaft sein, da die weibliche Brust ein empfindliches Organ ist. Leider ist dies unbedingt erforderlich, um qualitativ hochwertige Aufnahmen zu erzeugen und um eine möglichst sichere Diagnose erstellen zu können.

Während der Untersuchung werden mindestens 4 Aufnahmen (zwei pro Seite) angefertigt. In manchen Fällen ist es jedoch notwendig, zur weiten Abklärung einzelner Befunde, Zusatz- oder Vergrößerungsaufnahmen anzufertigen.

Trotz regelmäßig durchgeführter Mammographie mit/und/oder Sonographie (Ultraschall) sollten Sie Ihre Brust selbstständig einmal im Monat abtasten, um bei Veränderungen Ihren Frauenarzt aufzusuchen. Auch wollen wir Sie darauf hinweisen, Ihre Vorsorgetermine bei Ihrem Gynäkologen einzuhalten, da die angefertigten Mammographien mit/und/oder Sonographien immer eine Momentaufnahme zum Zeitpunkt der Aufnahme darstellen.

Speziell bei jungen Frauen und unter Hormonbehandlung kann es schnell zu Veränderungen im Brust- und Drüsengewebe kommen.

Sollten Sie selbst eine auffällige Veränderung an Ihrer Brust bemerkt haben, informieren Sie bitte die medizinisch- technische Radiologie Assistentin (MTRA).:

Vor der Untersuchung ist es notwendig, den Oberkörper komplett zu entkleiden und Schmuck im Halsbereich, lange Ohrringe sowie eventuell vorhandene Piercings im Brustbereich abzulegen. Um den Untersuchungsablauf und die Untersuchungsqualität zu verbessern, vermeiden Sie bitte vor der (nächsten) Untersuchung das Eincremen oder Pudern der Brüste und das Verwenden von aluminiumhaltigen Deodorants. Alle abgelegten Gegenstände verbleiben in der Umkleidekabine.

Bitte keine Gegenstände mit in den Untersuchungsraum nehmen.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.



Um eine optimale Untersuchung und Befundung vorzunehmen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten:

Name, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer

Fragebogen

1. Anzahl der Geburten:

vor dem 30. Lebensjahr _____

nach dem 30. Lebensjahr _____

Ja Nein

2. Besteht eine Schwangerschaft?

3. Stillen Sie?

4. Datum der letzten Menstruation (Lebensjahr / 1. Tag nach der letzten Regelblutung)?

Wann:

5. Nehmen Sie zurzeit Hormone ein?

Wenn ja, welche und seit wann:

6. Hatten Sie schon eine schwere Brustentzündung?

Wenn ja, welche und in welchem Lebensjahr:

Welche Seite war betroffen?

rechts links



- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 7. Hatten Sie bereits Operationen an der Brust? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, wann war die OP? | | |
| _____ | | |
| Welche Seite war betroffen? | | |
| <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | | |
| mit welchem Ergebnis? | | |
| _____ | | |
| 8. Wurde bereits eine Brust bestrahlt (Radiatio/Strahlentherapie)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| bis wann? | | |
| _____ | | |
| Welche Seite wurde bestrahlt? | | |
| <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts | | |
| 9. Ist in der familiären Anamnese Eierstock- bzw. Brustkrebs bekannt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, bei wem? | | |
| _____ | | |
| 10. Nehmen Sie zurzeit blutverdünnende Medikamente Eingriff statt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Haben Sie oder Ihr Arzt eine Veränderung an der Brust bemerkt? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Wenn ja, welcher Art: | | |
| _____ | | |
| 12. War die letzte Mammographie nicht hier bei uns? (Zeitpunkt und Institut angeben) | | |
| _____ | | |

Ich habe die Patienteninformation gelesen, habe keine weiteren Fragen und bin mit der Untersuchung, gegebenenfalls mit einer Kontrastmittelgabe (auch bei meinem Kind) (Name des Kindes) einverstanden.

Ort, Datum, Uhrzeit

Telefonnummer

Name, Vorname

Unterschrift Patient bzw. gesetzl. Vertreter



Nur vom Arzt und den MTRA auszufüllen!

Inspektion Palpation

Klinik Inspektion Palpation

Mastodynie