

**Patientinnen- Anmeldung Brustzentrum**

**Bitte ausdrucken und per Fax an 06241/501-3599**

Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:  
(ggf. Adressaufkleber)

Anmeldung durch: Datum:  
  
(Praxisstempel)

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Mamma-Karzinom</b> | <input type="checkbox"/> <b>DCIS</b>  | <input type="checkbox"/> <b>unklar (histolog. noch nicht gesichert oder B3 )</b> |
| <input type="checkbox"/> Rechts                | <input type="checkbox"/> Links        | <input type="checkbox"/> Beidseits   |
| <input type="checkbox"/> Ersterkrankung        | <input type="checkbox"/> Lokalrezidiv | <input type="checkbox"/> Scening-Patientin                                       |

Tastbefund:  ja  nein

Tumorgröße (klinisch oder sonographisch): \_\_\_\_\_mm

- Axilläre Lymphknoten:
- |  |
|--|
| <input type="checkbox"/> nicht tastbar (cN0)         |
| <input type="checkbox"/> Vergrößert tastbar          |
| <input type="checkbox"/> V.a. axilläre LK-Metastasen |

<u>Bereits durchgeführte Diagnostik:</u>		<u>Aktuelle gynäkologische Vorsorge:</u>
<input type="checkbox"/> Mammographie	<input type="checkbox"/> Mamma-MRT	<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt
<input type="checkbox"/> Knochenszintigraphie	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> unauffällig
<input type="checkbox"/> Oberbauchsono	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> noch abzuklärende Auffälligkeit:
<input type="checkbox"/> RöThorax	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> SonoBefund:
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig	<input type="checkbox"/> PAP:

Anamnestische Besonderheiten:

Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten (Marcumar, ASS, Plavix)

Einnahme von Metformin bei Diabetes

Schwere Vorerkrankungen:  Herz-Kreislauf: \_\_\_\_\_

Onkologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Anmerkungen/Mitteilungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rückruf zur Terminvereinbarung gewünscht