

Patientinnen- Anmeldung Brustzentrum

Bitte ausdrucken und per Fax an 06241/501-3599

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

(ggf. Adressaufkleber)

Anmeldung durch: _____ Datum: _____

(Praxisstempel)

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mamma-Karzinom | <input type="checkbox"/> DCIS | <input type="checkbox"/> unklar (histolog. noch nicht gesichert oder B3) |
| <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