Datum: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Klinische Angaben / Fragestellung

_____

_____

_____

_____

Angaben zur Untersuchung

Regelblutung vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Untersuchung nur zwischen dem 7.–11. Zyklustag
(Terminabsprache über die gynäkologische Ambulanz).

Voroperation / Bestrahlung der Mamma erfolgt: ☐ Ja ☐ Nein

Mindestens 1 Jahr seit letzter Bestrahlung vergangen: ☐ Ja ☐ Nein
Datum der letzten Bestrahlung: _____

Mindestens 6 Monate seit letzter Mamma-OP vergangen: ☐ Ja ☐ Nein
Datum der letzten Operation: _____

Kreatinin-Wert vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein
(max. 3 Monate alt)

Laborbefund wird mitgebracht: ☐ Ja ☐ Nein

Gewicht: _____ kg **Größe:** _____ cm

Voraufnahmen / CD aus anderen Einrichtungen vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Metall im Körper: ☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Hinweise

_____

_____

_____

Bitte den vollständig ausgefüllten Bogen an die **03381/411409** faxen.

Der Patient/ die Patientin wird nach Freigabe durch die Radiologie zur Terminvergabe vom Team der gynäkologischen Ambulanz kontaktiert.

Nur vollständig ausgefüllte Anforderungen können berücksichtigt werden.