

Bitte verwenden Sie das elektronische Ordering!

Stationär Allgemeinklasse
 Stationär Sonderklasse
 Ambulant allgemein
 Ambulant privat
 Ambulant Selbstzahler

**Kostenstellen-
etikette**

Patientenetikette

Name _____ Geschlecht _____
 Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Straße / Nr. _____
 PLZ / Ort _____

FKK **BrustGesundheit** zentrumtirol
 Tel: 504 25457
 Chirurgie
 Tel: 504 22776

Untersuchungsdatum:

Untersuchungen:

Mammographie rechts links Vorbilder geladen
 Vergrößerungen rechts links CC LM MLO
 Ultraschall
 Stanzbiopsie
 Stereotaxie
 Aspiration
 Markierung
 Präparatröntgen
 Besprechung
 Konsiliar CD eingespielt Sonstiges

Bemerkungen:

BIRADS:	I	II	III	IV	V	VI
ACR:	I	II	III	IV		

Zuweisungsdiagnose und detaillierte klinische Fragestellung (Bitte leserlich ausfüllen!)

Zuweisender Arzt: Telefonnr.:	Datum:	Unterschrift/Stempel:
----------------------------------	--------	-----------------------

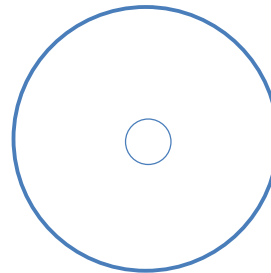
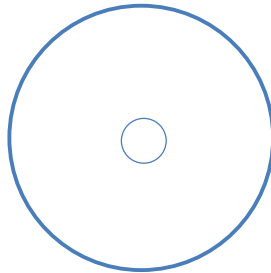
Mammographie-Information

Zuweisungsgrund:

- | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Routine | <input type="checkbox"/> Konsiliar | <input type="checkbox"/> Schmerzen | |
| <input type="checkbox"/> Verhärtung | <input type="checkbox"/> Sekretion | <input type="checkbox"/> Einziehung | <input type="checkbox"/> Knoten |

Veränderungen
einzeichnen:

rechts



links

Medikamente:

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pille | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Andere Hormone: |
| | <input type="checkbox"/> Spirale | <input type="checkbox"/> Pflaster | |

Blutverdünnung:

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja: |
|-------------------------------|------------------------------------|

Brustkrebs- Anamnese:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> Selbst Alter: | <input type="checkbox"/> Mutter Alter: |
| <input type="checkbox"/> Tochter Alter: | <input type="checkbox"/> Schwester Alter: |
| <input type="checkbox"/> Tante Alter: | <input type="checkbox"/> Großmutter Alter: |
| <input type="checkbox"/> Cousine Alter: | <input type="checkbox"/> Sonstige Alter: |

Frühere Mammographie:

Wann?

Ja Nein

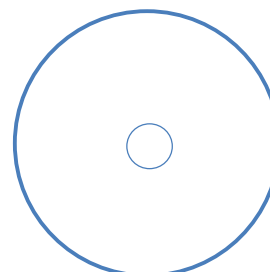
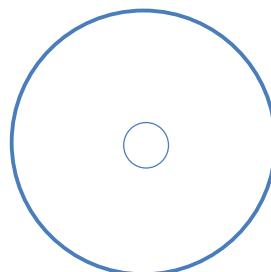
Wo?

Frühere Brusteingriffe/
-Behandlungen:

- | | | | |
|--|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Zystaspiration | <input type="checkbox"/> Brustbiopsie | <input type="checkbox"/> Mastektomie | <input type="checkbox"/> Wiederaufbau |
| <input type="checkbox"/> Quadrantenresektion | <input type="checkbox"/> Bestrahlung | <input type="checkbox"/> Chemotherapie | <input type="checkbox"/> Anti-Hormone |
| <input type="checkbox"/> Brustverkleinerung | <input type="checkbox"/> Brustimplantate | <input type="checkbox"/> Kochsalz / Silikon | <input type="checkbox"/> |

Narben einzeichnen:

rechts



links

Röntgenassistent (in):

Schwangerschaft:

- | | |
|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Schwanger | <input type="checkbox"/> Nicht schwanger |
|------------------------------------|--|

Datum: Unterschrift: