



CASE HISTORY QUESTIONNAIRE MAMMA-MRI

Magnetic Resonance Imaging Department

Dear Patient,
please answer the following questions.

Surname, firstname, date of birth

Details about previous breast examinations

Have you had a mammography before? ☐ yes ☐ no

If yes, please state when and where: _____

Have you had other examinations of your breast? ☐ yes ☐ no

☐ Ultrasound (sonography)

If yes, please state when and where: _____

Are we permitted to request the findings for comparison? ☐ yes ☐ no

Details about previous breast operations

Have you previously been diagnosed with 'breast cancer'? ☐ yes ☐ no

If yes, please state when? (date of diagnosis): _____

Have your **breasts** been **operated** on? ☐ yes ☐ no

If yes, please tick the relevant answer:

☐ Was a tissue biopsy taken? ☐ Left ☐ Right When? _____

☐ Was a benign tumour removed? ☐ Left ☐ Right When? _____

☐ Have you had breast-conserving surgery? ☐ Left ☐ Right When? _____

☐ Did you have a mastectomy? ☐ Left ☐ Right When? _____

☐ Did you have a breast enlargement/reduction? ☐ Left ☐ Right When? _____

Treatment details

Did you undergo **radio-therapy** for your breast(s)? When? _____

☐ yes ☐ no If yes, ☐ left ☐ right Where? _____

Did you undergo **anti-hormonal therapy**? When? _____

☐ yes ☐ no Hormone Preparation: _____ Where? _____

Did you undergo **chemo therapy**? When? _____

☐ yes ☐ no If yes, was it ☐ before or ☐ after the operation? Where? _____

Additional information

Last day of your last menstruation: _____

☐ I herewith confirm that I am currently not pregnant and am not aware of a pregnancy.

You are entitled to a copy of this medical history questionnaire. (Under Section 630 e, sub-section 2, sentence 2, BGB)

☐ I do not require a copy of this medical history questionnaire. ☐ I would like a copy of this medical history questionnaire.

I do not have any further questions, feel that I have been properly informed and have had sufficient time for consideration. I herewith consent to the planned examination. I also agree to administration of a contrast medium, if required.

Place, Date

Signature Patient

Thank you for your help!

Indikationen zur Durchführung der Kernspintomographie der Brust als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse

(Ausschließlich für gesetzlich versicherte Patientinnen)

I. Rezidivausschluss

Voraussetzungen

- a) Operation eines Mamma-Karzinoms vor mindestens einem halben Jahr ☐ ja ☐ nein
und/oder
b) Bestrahlungstherapie vor mindestens einem Jahr ☐ ja ☐ nein

oder

II. Primärtumorsuche

Voraussetzungen

- a) Histologisch untersuchte axilläre Lymphknotenmetastasen, ☐ ja ☐ nein
Histologie schließt Mamma-Karzinom nicht aus.

Bei beiden Indikationen ist vorher notwendig: (JA ist zwingend)

- a) Mammographie (höchstens zwei bis drei Monate alt) ☒ ja ☐ nein
und
b) Sonographie (höchstens zwei bis drei Monate alt) ☒ ja ☐ nein
und
c) Keine eindeutige Klärung mittels der vorausgegangenen Diagnostik ☒ ja ☐ nein

Bei Rezidivausschluss oder Primärtumorsuche muss mindestens ein JA angekreuzt sein.

ausgewertet durch:

Name	
Datum	Unterschrift

Die entsprechenden Befunde (Operations-, Strahlentherapie-, Histologiebericht) müssen zur Untersuchung vorliegen. Die Befunde zur Mammographie und Mammasonographie müssen zur Untersuchung vorliegen, wenn diese Untersuchungen nicht bei uns durchgeführt worden sind.