

## Zweitmeinung – Formular

Bitte beantworten Sie folgende Fragen gut leserlich und senden Sie diese dann zusammen mit Ihren Unterlagen und Bildern **per Einschreiben** an:

**Institut für Mammadiagnostik  
Prof. Dr. V. Barth / Dr. J. Herrmann  
Hirschlandstr. 93**

**D-73730 Esslingen**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_  
Land: \_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax \_\_\_\_\_  
Emailadresse \_\_\_\_\_

Ist Brustkrebs in Ihrer Familie (Geschwister, Elter, Großeltern, Tanten etc.) bekannt?  Nein  Ja

Falls JA, bei wem und in welchem Alter? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde Brustkrebs oder ein anderer Organkrebs bei Ihnen bereits behandelt?  Nein  Ja

Falls JA: Wann, welches Organ, bisherige Erfolge? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Haben Sie tast- oder sichtbare Veränderungen an einer oder beiden Brüsten?  Nein  Ja

Wenn JA: Was für Veränderungen und an welcher Brust? (evtl. Bilder mitschicken)  
\_\_\_\_\_

Sonstige Wahrnehmungen (ungewöhnliche zyklusunabhängige Schmerzen, Flüssigkeitsabsonderungen aus der Brustwarze, vergrößerte Achsellymphknoten u. Ä.)  Nein  Ja

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone ein?

Nein  Ja

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

*Sofern Sie noch im gebärfähigen Alter sind und Ihre Gebärmutter noch haben:*

Wie viele Tage vor der zu beurteilenden Mammographie begann Ihre Monatsblutung? \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits an einer oder beiden Brüsten operiert?

Nein  Ja

Wenn JA: Welche Seite, wann und mit welchem feingeweblichen Ergebnis (falls bekannt; ansonsten „gut- oder bösartig“)? \_\_\_\_\_

Hatten Sie oder Ihr Arzt die Veränderung damals getastet?

Nein  Ja

Oder ist sie nur mammographisch (z.B. durch Verkalkungen) aufgefallen?

Nein  Ja

Bei wem wurde die von uns zu begutachtende Mammographie durchgeführt?  
(Bitte Name und Anschrift des Radiologen/Gynäkologen mit Telefon und Fax)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen in letzter Zeit eine Kernspin- und/oder PET-Untersuchung durchgeführt? **(Falls JA, bitte Bilder mitschicken!)**

Nein  Ja

Bei wem und in welchem Krankenhaus/welcher Praxis ist die weitere Behandlung/Operation geplant?

(Bitte Name, Anschrift und Telefon/Fax des Krankenhauses/ der Praxis, Name, Anschrift und Telefon/Fax des Arztes, der die Operation durchführen soll:)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wünschen Sie Kontaktaufnahme zu den genannten Kollegen durch unser Team?

Nein  Ja

Falls JA: Mit welcher genauen Fragestellung (Operation? Geplantes Vorgehen? etc.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wünschen Sie eine Kopie unseres Begutachtungsberichtes an Ihren Arzt?  Nein  Ja

Wenn JA, an welchen der Ärzte? (Bitte Name und vollständige Anschrift.)

---

---

Wann haben Sie die Mammographien und ggf. sonstigen Unterlagen an uns abgeschickt bzw. wann werden Sie das tun?

Genaueres Versanddatum: \_\_\_\_\_

**Sämtliche Unterlagen bitte nur PER EINSCHREIBEN schicken!!!**