

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:



Implantat-Mammographie

Sehr geehrte Teilnehmerin,

da Sie **Brustimplantate** bekommen haben, möchten wir Sie um Beantwortung des nachfolgenden Fragebogens bitten.

Ihre Antworten sollen uns helfen, Ihnen die bestmögliche Untersuchung zukommen zu lassen bei geringstmöglichen Nebenwirkungen.

Die radiologischen Assistentinnen werden vor der Röntgenuntersuchung den Fragebogen auswerten und Ihre Brust zusätzlich klinisch untersuchen.

In einzelnen Fällen kann es möglich sein, dass wir die Mammographie technisch nicht durchführen können, z. B. bei fortgeschrittener sogenannter Kapselbildung.

In anderen Fällen kann ein erhöhtes Risiko bestehen, dass es durch die Mammographie zu Verletzungen des Implantates kommt, insbesondere wenn Implantate schon sehr lange liegen. Die Kompression der Brust wird sehr vorsichtig durchgeführt, dennoch kann nicht vollständig auf das Zusammendrücken (Komprimieren) verzichtet werden.

Die Brustimplantate sind in der Regel nicht durchsichtig für Röntgenstrahlen, daher könnten Tumore gelegentlich nicht erkannt werden, insbesondere wenn die Prothese ungünstig liegt.

Bitte füllen Sie nun die nachfolgenden Fragen aus, indem Sie die zutreffenden Aussagen ankreuzen.

1. Wann wurden diese Implantate gemacht?

- Vor weniger als 10 Jahren
- Vor mehr als 10 Jahren
- Vor mehr als 20 Jahren

2. Wo liegen diese Implantate in Bezug auf den Brustmuskel (= Pektoralismuskel)?

- Über dem Brustmuskel, nur unter der Haut
- Unter dem Brustmuskel
- Unbekannt

3. Wie beurteilen Sie selbst Ihre Implantate in Bezug auf eine sogenannte „Kapselbildung“?

- Die Brust ist weich und sieht natürlich aus (Baker Grad I)
- Die Brust ist etwas fester, aber sieht natürlich aus (Baker Grad II)
- Die Brust ist fester und verformt (Baker Grad III)
- Die Brust ist hart, verformt und schmerzt (Baker Grad IV)

4. Gab es schon einmal Probleme mit den Implantaten?

- Nein
- Ja

Name:
Geburtsdatum:

Vorname:



Implantat-Mammographie

Wir bitten Sie nun um Markierung der zutreffenden Aussagen durch Ankreuzen und um Ihre Unterschrift zur Bestätigung:

- Ich habe diese Hinweise gelesen und die Fragen nach bestem Wissen beantwortet.
- Ich habe keine weiteren Fragen.
- Ich bin mit der Durchführung der Mammographie einverstanden.
- Ich bin mit der Durchführung der Mammographie nicht einverstanden.

Ort, Datum

Name/ Unterschrift der Teilnehmerin

Bewertung durch die radiologische Fachkraft:

Aufgrund der o. g. Anamnese und der heute durchgeführten klinischen Untersuchung

- kann die Mammographie durchgeführt werden.
- ist die Mammographie technisch nicht durchführbar (Baker Kapsel Fibrose III oder IV)
- wird die Mammographie nicht durchgeführt, weil das Risiko einer Prothesenverletzung zu hoch ist (Prothesenalter >20 Jahre und Kapsel Fibrose)
- wird die Mammographie nicht durchgeführt, weil die TN nach Risikoauflärung die Untersuchung ablehnt.

Sonstige Anmerkungen:

Ort, Datum

Name/ Unterschrift rad. Fachkraft