

## Fragebogen für Kernspintomographie der weiblichen Brust (Mamma-MRT)

Patientin: Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer (tagsüber): \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Patientin!

**Wenn Sie Selbstzahler sind oder privat versichert, können Sie den nachfolgenden Text überspringen. Bitte füllen Sie jedoch die unten aufgeführten Fragen aus! Wir können dadurch ihre Untersuchung wesentlich besser planen und mögliche Fragen oder Einschränkungen im Vorfeld klären.**

Die Kernspintomographie der weiblichen Brust (MR-Mammographie) ist seit Oktober 2001 von den gesetzlichen Krankenkassen in den Leistungskatalog (EBM) aufgenommen worden. Allerdings gilt dies nur für zwei bestimmte Patientinnengruppen und entsprechender Fragestellung:

1. Sie sind schon an Brustkrebs operiert worden, die Brust konnte erhalten werden oder wieder aufgebaut werden (z.B. mit einem Implantat) und es besteht der Verdacht, dass in der Narbe erneut ein Tumor entsteht.
2. Es wurde eine Lymphknoten-Metastase in der Achselhöhle entdeckt und der eigentliche Tumor in der Brust muss nun gefunden werden.

Sie sollten im Vorfeld bereits genau klären ob Sie bezüglich der geplanten MR-Mammographie den oben beschriebenen Vorgaben des Leistungskataloges entsprechen und damit eine einfache Überweisung und Abrechnung der Untersuchung möglich ist.

Sind die Voraussetzungen nicht erfüllt, werden Sie für die Durchführung und Auswertung der MR-Mammographie eine Privatrechnung erhalten. Sie sollten dann vor der Terminvereinbarung zur Untersuchung klären, ob Ihnen Ihre Krankenkasse diese Kosten eventuell ganz oder teilweise erstattet.

Wer ist Ihr/e Überweiser/in? \_\_\_\_\_

Wann und wo wurde die letzte Mammographie durchgeführt?:  
\_\_\_\_\_

Erfolgte bereits eine MR-Mammographie?  Ja  Nein

wenn ja: wann und wo? \_\_\_\_\_

Sind Sie bereits an einem bösartigen Knoten in der Brust operiert worden  Ja  Nein

wenn ja: wann? \_\_\_\_\_

Konnte die Brust erhalten werden oder wurde sie wieder aufgebaut?  Ja  Nein

Wurde nachbestrahlt?  Ja  Nein

Wann wurde die Bestrahlung abgeschlossen? \_\_\_\_\_  noch nicht

Wurde bei Ihnen ein bösartiger Lymphknoten aus der Achsel entfernt?  Ja  Nein

Was ist jetzt der Anlass für diese MR-Mammographie?  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Patientin