

Bitte schreiben Sie gut leserlich in Druckbuchstaben!

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Fragebogen zur Mammographie/Sonographie/ Mamma-MRT

Sehr geehrte Patientin,

für die diagnostische Auswertung benötigen wir einige Angaben von Ihnen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen sorgfältig:

1. Wurde bei Ihnen schon mal eine der folgenden Untersuchungen durchgeführt?

Mammographie

Sonographie

Mamma-MRT

Wenn ja, wann und wo _____

2. Haben Sie in letzter Zeit eine Veränderung der Brust bemerkt, die bei Ihnen Besorgnis erregt? ja nein

Wenn ja: Welche?	Tastbare Knoten	links <input type="radio"/>	<input type="radio"/> rechts
	Dellen oder Verhärtungen	links <input type="radio"/>	<input type="radio"/> rechts
	Äußerliche sichtbare Veränderungen	links <input type="radio"/>	<input type="radio"/> rechts
	Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarzen	links <input type="radio"/>	<input type="radio"/> rechts
	Blutungen oder flüssige Absonderungen der Brustwarzen	links <input type="radio"/>	<input type="radio"/> rechts
	Neu aufgetretene Asymmetrien der Brüste	links <input type="radio"/>	<input type="radio"/> rechts
	Andere Veränderungen	links <input type="radio"/>	<input type="radio"/> rechts
	Welche _____		

3. Wurde in Ihrer Familie bereits Brustkrebs (Mamma-CA) diagnostiziert? ja nein

Wenn ja, bei wem und in welchem Alter? _____

4. Wurde in Ihrer Familie bereits Eierstockkrebs (Ovarial-CA) diagnostiziert? ja nein

Wenn ja, bei wem und in welchem Alter? _____

5. Besteht eine Schwangerschaft? weiß nicht ja nein

Grund der heutigen Vorstellung:

Vorsorge Nachsorge Zwischenkontrolle (Staging nach Chemotherapie)

Was trifft auf Sie zu?

Diagnose Brustkrebs ja nein Wenn ja links rechts Wann _____

Brustimplantate ja nein Wenn ja links rechts Wann _____

Brustverkleinerung ja nein Wenn ja links rechts Wann _____

Bitte wenden!

Entfernung der Brust	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	Wann _____
Brusterhaltende OP	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	Wann _____
Entnahme Gewebeprobe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	Wann _____
Sonstige OPs der Brust	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	Wenn ja	<input type="radio"/> links	<input type="radio"/> rechts	Wann _____

Wenn ja: Welche? _____

Sonstige Erkrankungen der Brust?
 ja nein Wenn ja links rechts Wann _____

Wenn ja, welche? _____

Wenn Sie Brustkrebs haben oder hatten?

Chemotherapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bestrahlung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Antihormonelle Therapie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hormontabletten	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Letzte Periode? _____

Letzte Geburt? _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Wenn Sie weitere Fragen haben, stehen Ihnen unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gerne und jederzeit zur Verfügung.

Ich bin mit der vorgeschlagenen Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

NUR VOM ARZT AUSZUFÜLLEN:

Klinische Untersuchung

Inspektion:

Mamillen _____

Kutis _____

Palpation:

Mammae _____

Lymphknoten _____

ANMERKUNG DER MTRA: