

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 ☐	☐ rechts
	Dellen oder Verhärtungen	links ☐	☐ rechts
	Äußerliche sichtbare Veränderungen	links ☐	☐ rechts
	Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarzen	links ☐	☐ rechts
	Blutungen oder flüssige Absonderungen der Brustwarzen	links ☐	☐ rechts
	Neu aufgetretene Asymmetrien der Brüste	links ☐	☐ rechts
	Andere Veränderungen	links ☐	☐ 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	☐ ja	☐ nein	Wenn ja	☐ links	☐ rechts	Wann	_____
Brusterhaltende OP	☐ ja	☐ nein	Wenn ja	☐ links	☐ rechts	Wann	_____
Entnahme Gewebeprobe	☐ ja	☐ nein	Wenn ja	☐ links	☐ rechts	Wann	_____
Sonstige OPs der Brust	☐ ja	☐ nein	Wenn ja	☐ links	☐ 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	☐ ja	☐ nein
Bestrahlung	☐ ja	☐ nein
Antihormonelle Therapie	☐ ja	☐ nein
Hormontabletten	☐ ja	☐ 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: