

Fragebogen zur Anamnese (Muster)

1. Persönliche Daten

Screening-ID:		Screeningdatum: (T T M M J J J J)
Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum: (T T M M J J J J)	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer:	weitere Telefonnummern:	

2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt ODER Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren? Falls JA, bitte ausfüllen: JA ☐ NEIN ☐		
Frauenärztin/-arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Hausärztin/-arzt Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden?		☐ JA ☐ NEIN
Falls JA:		
Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt ?		
☐ Innerhalb der letzten 12 Monate ☐ Vor mehr als 12 Monaten		
Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?		
Hier im lokalen Screening	☐ JA ☐ NEIN	
In einem anderen Screeningprojekt	☐ JA ☐ NEIN	
Adresse: _____		
Bei einem anderen Arzt/Ärztin	☐ JA ☐ NEIN	
Name, Adresse: _____		
Dürfen wir dort nachfragen ?	☐ JA ☐ NEIN	

Sehr geehrte Teilnehmerin,

die Angaben auf der Rückseite helfen uns, Ihre Aufnahmen besser zu beurteilen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Vielen Dank!

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?	☐ JA ☐ NEIN
Falls Ja: in welchem Jahr (Angaben zur OP siehe unten)	
Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?	☐ JA ☐ NEIN
<i>Falls JA:</i> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)	
Wurde brusterhaltend operiert? (Jahr der OP:)	☐ links ☐ rechts
Wurde eine Brust entfernt ? (Jahr der OP:)	☐ links ☐ rechts
Sind Brustimplantate vorhanden? (Jahr der OP:)	☐ links ☐ rechts
Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt? (Jahr der OP:)	☐ links ☐ rechts

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie <u>gegenwärtig</u> Brust-Beschwerden ?	☐ JA ☐ NEIN
<i>Haben Sie folgende Auffälligkeiten?</i> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)	
Knoten tastbar	☐ links ☐ rechts
Dellen und Verhärtungen der Haut	☐ links ☐ rechts
Äußerlich sichtbare Verformungen	☐ links ☐ rechts
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	☐ links ☐ rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze	☐ links ☐ rechts
Andere:	☐ links ☐ rechts

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert/ausgefüllt von: _____ (MTRA)