



Fragebogen

Patientenname

Liebe Patientin,

Sie sind für eine Brustdrüsenuntersuchung (Mammographie) zu uns überwiesen worden. Bevor wir mit der Untersuchung beginnen, bitten wir Sie uns mit der Beantwortung folgender Fragen zu unterstützen. Wenn Sie Fragen zur Untersuchung oder zu diesem Formular haben, wenden Sie sich bitte an den untersuchenden Arzt oder an unsere Mitarbeiterinnen. (Angaben freiwillig)

Vielen Dank!

Ist ein/mehrere Knoten in der Brust zu ertasten? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche Seite? ☐ rechts ☐ links

Wurde bei Ihnen oder einem Mitglied Ihrer Familie bereits
Brust- oder Eierstockkrebs festgestellt? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, bei wem und in welchem Alter? _____

Haben Sie Brustbeschwerden? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie z.Zt. weibliche Hormone ein? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche weiblichen Hormone? ☐ Antibaby-Pille ☐ weibl. Hormone _____

Haben Sie gestillt? ☐ ja ☐ nein Wenn ja, wie lang? _____

Tragen Sie ein Brustimplantat (Silikon, Expander)? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie an der Brust operiert, oder wurde bei Ihnen eine Gewebeprobe entnommen? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, was _____ und warum ☐ gutartig ☐ bösartig
Wann? _____ Welche Seite? _____

Beginn der letzten Regelblutung am _____ Ist diese regelmäßig? ☐ ja ☐ nein
Betrifft mich nicht mehr; Grund: _____

Besteht Ausfluss aus der Brustwarze? ☐ ja ☐ nein
Wenn ja, welche Seite? ☐ rechts ☐ links

X

Datum, Unterschrift

RADIOLOGIE AACHEN LAND

TELEFONZEITEN
Mo, Di, Do 7:30 - 17:30 Uhr
Mi, Fr 7:30 - 13:30 Uhr

KONTAKT
Tel.: 02405 4674-0

PRAXIS ALSDORF
Bahnhofstraße 54
52477 Alsdorf

PRAXIS ESCHWEILER
Indestraße 55
52249 Eschweiler

PRAXIS WÜRSELEN
Bahnhofstr. 17
52146 Würselen