

MAMMOGRAPHIE FRAGEBOGEN

Wir bitten Sie, vor der Mammographie **kein** Make Up, **kein** Deo und **keine** Cremes aufzutragen.

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ ID _____

Adresse _____ Krankenversicherung _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie oder Mammasonographie durchgeführt? ja nein

Datum der letzten Mammographie: _____ Datum der letzten Mammasonographie: _____

Haben Sie **Beschwerden** in der Brust? ja nein
 wenn ja, welche: Schmerzen, Ziehen rechts links
 tastbarer Knoten rechts links
 Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze rechts links
 Farbe: klar milchig grünlich rot-braun

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

Hatten oder haben Sie Brustkrebs? ja nein

wenn ja, welche Seite und wann: rechts links wann: _____

Hatten Sie eine Brustoperation? ja, wann? Monat und Jahr _____ nein
 rechts links
 wenn ja: gutartig bösartig
 Nachbehandlung: Bestrahlung, bis wann? Monat / Jahr _____
 Chemotherapie, bis wann? Monat / Jahr _____
 Antihormontherapie

Hatten Sie eine Eierstock-Krebs-Operation? ja nein

Nehmen Sie derzeit Hormone • zur Verhütung ja nein
 • gegen Wechseljahrbeschwerden ja nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ja nein

In Ihrer Familie ist • Brustkrebs aufgetreten ja nein
 Tochter Mutter Oma Schwester Tante Cousine Vater
 Ungefähr mit welchem Alter: unter 40 J. 40 - 50 J. über 50 J.
 • Eierstockkrebs aufgetreten ja nein
 Tochter Mutter Oma Schwester Tante Cousine
 Ungefähr mit welchem Alter: unter 40 J. 40 - 50 J. über 50 J.

Wann war Ihre letzte Monatsblutung / Zyklus? _____ Wechsel (Menopause) mit _____ Jahren

Sie hatten _____ GEBURTEN. Wenn ja, haben Sie GESTILLT? ja nein

Ort/Datum _____ Unterschrift Patient/in, Erziehungsberechtigte/r, Bevollmächtigte/r _____