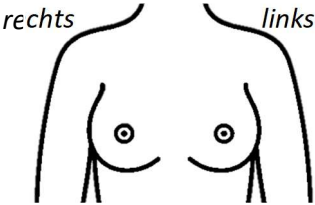


Ergänzungen des Arztes:

ANAMNESEBLATT

Letzte Regelblutung: _____

Wann/Wo war Ihre letzte Mammographie? _____

Frauen im gebärfähigen Alter: Könnten Sie schwanger sein?		Ja ☐ Nein ☐
Stillen Sie?		Ja ☐ Nein ☐
Verhüten Sie hormonell? (Pille, Hormonspirale, Stäbchen, 3 Monatsspritze)		Ja ☐ Nein ☐
Nehmen Sie Hormone ein? Welche? _____		Ja ☐ Nein ☐
Haben oder hatten Sie ein Brustwarzenpiecing?		Ja ☐ Nein ☐
Haben Sie aktuell Beschwerden/ Veränderungen an der Brust festgestellt?		Ja ☐ Nein ☐
	Schmerzen	rechts ☐ links ☐
	Tastbare Knoten	rechts ☐ links ☐
	Dellen / Verhärtungen der Haut	rechts ☐ links ☐
	Einziehungen der Brustwarze	rechts ☐ links ☐
	Flüssige / blutige Absonderungen aus der Brustwarze	rechts ☐ links ☐
Markieren Sie bitte die Stelle in der Graphik oberhalb mit einem X		
Wurde jemals Gewebe aus der Brust entnommen (Biopsie)?		rechts ☐ links ☐ Ja ☐ Nein ☐
Wurde bei Ihnen bereits einmal die Diagnose Brustkrebs gestellt?		Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, wann? _____		
Hatten sie eine Strahlentherapie?		Ja ☐ Nein ☐
Hatten sie eine Chemotherapie?		Ja ☐ Nein ☐
Haben/hatten Sie selbst Eierstockkrebs oder eine andere Krebserkrankung?		Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja welche? _____		
Sind Sie schon einmal an der Brust operiert worden?		Ja ☐ Nein ☐
Brustimplantat		rechts ☐ links ☐
Brustverkleinerung		rechts ☐ links ☐
Brusterhaltende Operation bei Brustkrebs		rechts ☐ links ☐
Entfernung der Brust		rechts ☐ links ☐
Wo und wann wurden Sie operiert? _____		
Ist in Ihrer Familie ein Fall von Brustkrebs bekannt?		Ja ☐ Nein ☐
.... Eierstockkrebs bekannt?		Ja ☐ Nein ☐
Großmutter ☐ Mutter ☐ Tochter ☐ Schwester ☐ Tante ☐ Cousine ☐ Männlicher Brustkrebs ☐		
In welchem Alter wurde die Diagnose gestellt? _____		
Ist in Ihrer Familie Prostatakrebs bekannt? Wer und in welchem Alter? _____		Ja ☐ Nein ☐
Wurde bei Ihnen ein Gentest bezüglich Brust-/Eierstockkrebs durchgeführt?		Ja ☐ Nein ☐
Wenn ja, mit welchem Ergebnis? _____		

Ich habe das Infoblatt Mammographie/ Mammasonographie gelesen und verstanden.

Ich bin mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden.

Ihre Unterschrift: _____

Kürzel Ersteller: _____

Ihre Unterschrift: _____

Kürzel Ersteller: _____