



PATIENTENFRAGEBOGEN UND BEFUNDBOGEN
MAMMOGRAPHIE / MAMMO-SONOGRAPHIE



Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)



Geburtsdatum



Für die MTRA

Besteht eine Schwangerschaft?

ja nein

Besteht eine Brustkrebserkrankung in Ihrer Familie?

ja nein

> Wenn ja, wer?

Mutter Schwester Tochter
 Tante Großmutter

Besteht eine Eierstockkreberkrankung in Ihrer Familie?

ja nein

Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt?

ja nein

> Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zur Zeit Hormone ein?

ja nein

**Sind bei Ihnen Brustoperationen durchgeführt worden?
(z.B. auch Probeentnahmen?)**

ja nein

> Wenn ja, wann und wo?

Haben Sie Absonderungen aus der Brustwarze?

ja nein

> Wenn ja, welche Seite? links rechts

Ist bei Ihnen schon einmal eine Mammographie erfolgt?

ja nein

> Wenn ja, wann (war die letzte)?

> In welcher Praxis?

**Aus welchem Grund kommen Sie heute zur
Untersuchung?**

Früherkennung Nachsorge
 Beschwerden / Tastbefund: links rechts

Ich bin mit der Untersuchung (Mammographie /
Sonographie) einverstanden.



Ort, Datum, Unterschrift (Patient)

Für den Arzt:

Palpation:

