



## PATIENTENFRAGEBOGEN UND BEFUNDBOGEN MAMMOGRAPHIE / MAMMOSONOGRAPHIE

Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)

Geburtsdatum

Besteht eine Schwangerschaft ?

ja  nein

Besteht oder bestand eine Brustkrebserkrankung  
in Ihrer Familie ?

ja  nein

> Wenn ja, in welchem Alter festgestellt ?

Brustkrebs bei einer Frau im Alter 36 – 51 Jahre

Brustkrebs bei zwei Frauen ab 51 Jahre

Vater / Bruder / Sohn

Besteht oder bestand eine Eierstockkrebserkrankung  
in Ihrer Familie ?

ja  nein

Ist bei Ihnen eine Krebserkrankung bekannt ?

ja  nein

> Wenn ja, welche ?

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

ja  nein

> Wenn ja, wann und wo ? Mit welchem Ergebnis?

Haben Sie Absonderungen aus der Brustwarze ?

ja  nein

> Wenn ja, welche Seite?  links  rechts

> Farbe?  bräunlich / blutig  grünlich  
 gelb / eitrig  weiß / milchig

Nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein ?

ja  nein

> Wenn ja, welche ?

Wann ist bei Ihnen zuletzt eine Mammographie  
durchgeführt worden?

noch nie

> Wenn ja, wann ( war die letzte ) ?

> Wann und wo ( Praxis / Screening ? )

Aus welchem Grund kommen Sie heute zur  
Untersuchung ?

Beschwerden  links  rechts

Tastbefund  links  rechts

Vorsorge bei familiärer Belastung

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

Datum, Unterschrift ( Patient )