



PATIENTENFRAGEBOGEN UND BEFUNDBOGEN MAMMOGRAPHIE / MAMMOSONOGRAPHIE

Name, Vorname (BITTE IN BLOCKBUCHSTABEN)

Geburtsdatum

Besteht eine Schwangerschaft ?

ja nein

Besteht oder bestand eine Brustkrebskrankung
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 Eierstockkrebskrankung
in Ihrer Familie ?

ja nein

Ist bei Ihnen eine Krebskrankung 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)