

## Fragebogen Brustuntersuchung

Bitte geben Sie dieses Formular vor der Untersuchung ab.

Name Patient/in			
Geb.-Dat.	Zi-Nr.	Telefon	MTD

**Letzte Mammographie** (Zysten? Fibroadenom? Verkalkungen?)

**Brustkrebs in der Familie?** Ja  Nein

**Erster Tag der letzten Regelblutung?** **oder Menopause?**

**Nehmen Sie Hormone?**

Wenn ja, welche:

**Frühere Operationen (insbesondere Brustoperationen):**

Wenn ja, welche: Ergebnis?

**Hatten Sie bereits eine andere Krebserkrankung?**

Wenn ja, welche (Eierstöcke, etc.):

**Hatten Sie jemals eine Brustentzündung?**

Wenn ja, welche Brust: und wann:

**Hatten Sie jemals eine Strahlentherapie?**

Wenn ja, wo: und warum:

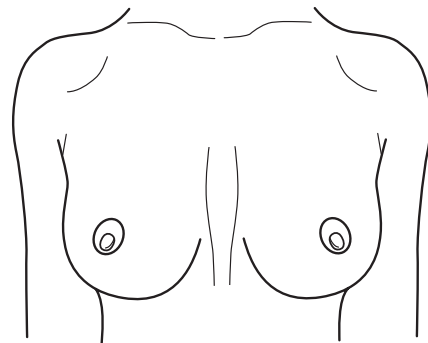
**Hatten Sie jemals eine Unfallverletzung der Brust?**

Wenn ja, welche Brust: und wann:

**Ich bin mit der Durchführung einer Mammographie einverstanden.**

**Sind Sie schwanger?**

- Tastbarer Knoten?**
- Dellen oder Verhärtungen der Haut?**
- Äußerlich sichtbare Verformungen?**
- Hautveränderungen?**
- Einziehungen der Brustwarze?**
- Blutungen oder andere flüssige Absonderungen der Brustwarze?**



Datum und Uhrzeit

Unterschrift Patientin