

Fragebogen zur Anamnese

Persönliche Daten			
Nachname:		Vorname:	
Geb.-datum: . .	Geburtsort:		Geburtsname:
Telefonnummer(n):		E-Mail:	
Straße, Hausnummer:			
PLZ, Ort:			
Name der Krankenkasse:		Bitte bringen Sie Ihre Versichertenkarte zur Untersuchung mit!	

Angaben zu behandelnden Ärzten		
<u>Frauenarzt</u> Name:	Straße: Ort:	Sollen wir Ihren Frauenarzt über das Ergebnis der heutigen Mammographie informieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<u>Hausarzt</u> Name:	Straße: Ort:	Sollen wir Ihren Hausarzt über das Ergebnis der heutigen Mammographie informieren? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wurden bei Ihnen schon früher Mammographiefraufnahmen angefertigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn JA , wann und wo wurden die letzten Mammographiefraufnahmen angefertigt?			
<input type="checkbox"/>	Im Mammographie-Screening-Programm	bei:	am: . .
<input type="checkbox"/>	Innerhalb der letzten 12 Monate	bei:	am: . .
<input type="checkbox"/>	Vor mehr als 12 Monaten	bei:	am: . .
<input type="checkbox"/>	Vor mehr als 10 Jahren	bei:	am: . .

Die früheren Mammographiefraufnahmen/zugehörige Befunde liegen beim ...		
	Name	Dürfen wir die Aufnahmen/zugehörige Befunde anfordern?
<input type="checkbox"/>	Radiologen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Frauenarzt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Weitere Voraufnahmen liegen bei	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/>	Sind bei mir zu Hause	

Bitte wenden, weitere Fragen auf der Rückseite! →

Nachname:	Vorname:	Geb.-datum: . .
-----------	----------	-----------------

Wurde bei Ihnen früher Folgendes festgestellt oder durchgeführt? (Bitte zutreffendes ausfüllen und ankreuzen)				
	Ja (Bitte ankreuzen)	Jahr	Rechts (Bitte ankreuzen)	Links (Bitte ankreuzen)
Diagnose Brustkrebs	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernung der Brust	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustverkleinerung/ -vergrößerung	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbauplastiken benutzt	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brusterhaltend operiert	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewebeprobe(n) durch Operation entnommen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Brustimplantaten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Sonstiges:</u>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie <u>derzeit</u> Brustbeschwerden? (Bitte zutreffendes ausfüllen und ankreuzen)				
Brustbeschwerden	Ja (Bitte ankreuzen)	Seit wann?	Rechts (Bitte ankreuzen)	Links (Bitte ankreuzen)
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dellen oder Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarzen	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Sonstiges:</u>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe, gelesen und bin mit der Untersuchung einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin