



Fragebogen zur Anamnese

Persönliche Daten		
Nachname:		Vorname:
Geb.-datum: . . .	Geburtsort:	Geburtsname:
1. Telefonnummer:		2. Telefonnummer:
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 Mammographieaufnahmen angefertigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wenn JA , wann und wo wurden die letzten Mammographieaufnahmen 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 Mammographieaufnahmen/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! 

Wurde bei Ihnen <u>früher</u> 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