

## Fragebogen zur Anamnese

### Persönliche Daten

Nachname		Vorname(n)	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Geburtsort	Geburtsname
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefonnummer		Weitere Telefonnummern	
Krankenkasse (Name und Nummer)			

### Angaben zu behandelnden Ärzten

	Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Sollen wir diese Ärztin/Arzt benachrichtigen?
Frauenärztin/arzt				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hausärztin/arzt				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Angaben zu früheren Mammographieaufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographieaufnahmen angefertigt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
Falls ja, wann wurde die letzte Mammographieaufnahme (vor der heutigen Aufnahme) angefertigt? <input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten 12 Monate am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Vor mehr als 12 Monaten <input type="checkbox"/> Vor mehr als 10 Jahren				
Wo wurden die letzten Mammographieaufnahmen erstellt?				
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Dürfen wir die Bilder anfordern?	Sollen wir diese Ärztin/Arzt benachrichtigen?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Voraufnahmen liegen dem Radiologen vor <input type="checkbox"/> Voraufnahmen liegen dem Frauenarzt vor <input type="checkbox"/> Voraufnahmen liegen mir selbst vor <input type="checkbox"/> weitere Voraufnahmen liegen bei: _____				

### Angaben zu früheren Brustkrankungen und gegenwärtigen Brustbeschwerden umseitig

**Wurden bei Ihnen früher Brustkrankungen diagnostiziert?**

ja

nein

**Falls JA, bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen?**

**Brustseite**

Diagnose Brustkrebs	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Brusterhaltend operiert	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Entfernung der Brust	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Vorhandensein von Brustimplantaten	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Brustverkleinerung/-vergrößerung	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Gewebeprobe entnommen	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Aufbauplastiken benutzt	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links

**Haben Sie zurzeit Brustbeschwerden?**

ja

nein

**Falls JA, bitte zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen?**

**Brustseite**

Tastbare Knoten	seit wann: _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Dellen oder Verhärtungen der Haut	seit wann: _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Äußerlich sichtbare Verformungen	seit wann: _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	seit wann: _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen der Brustwarze	seit wann: _____ Färbung: _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links
Sonstiges:	seit wann: _____	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links

**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