

Mammographie Fragebogen

ID: _____ Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Krankenversicherung _____ Adresse _____

Haben Sie **Beschwerden** in der Brust? ja nein

wenn ja, welche:

- Schmerzen, Ziehen rechts links
 tastbarer Knoten rechts links
 Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze rechts links Farbe: klar milchig grünlich rot-braun

Hatten Sie eine **Brustoperation**? ja, wann? Monat und Jahr _____ nein

rechts links wenn ja: gutartig bösartig

Nachbehandlung Bestrahlung, bis wann? Monat und Jahr _____

Chemotherapie, bis wann? Monat und Jahr _____

Antihormontherapie

Hatten Sie eine **Eierstock-Krebs-Operation**? ja nein

Nehmen Sie derzeit **Hormone** für Verhütung, ja nein
 gegen Wechseljahrsbeschwerden ja nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft ja nein

In Ihrer **Familie** ist

- **Brustkrebs** aufgetreten ja nein
 Tochter Mutter Oma Schwester Tante Cousine Vater
 Ungefähr mit welchem Alter: unter 40 J. 40 - 50 J. über 50 J.
- **Eierstockkrebs** aufgetreten ja nein
 Tochter Mutter Oma Schwester Tante Cousine
 Ungefähr mit welchem Alter: unter 40 J. 40 - 50 J. über 50 J.

Wann war Ihre letzte **Monatsblutung / Zyklus**? _____ **Wechsel** (Menopause) mit _____ Jahren

Sie hatten _____ **GEBURTEN**. Wenn ja, haben Sie **GESTILLT**? ja nein

- Ich wünsche eine Kopie des Fragebogens.
 Ich wünsche keine Kopie des Fragebogens

Ort/Datum _____ Unterschrift (Patient/in bzw. Erziehungsberechtigte/r oder Betreuer/in) _____