

Screening-ID: _____

Fragebogen zu Ihrer Anamnese

1. Persönliche Daten

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Straße + Nr.: _____

PLZ + Wohnort: _____

Telefonnr.: _____ weiter Telefonnr.: _____

Krankenkasse: _____

2. Ihre behandelnden Ärzte

Benachrichtigung über Befund:

Frauenarzt/-ärztin + **Adresse**: _____ JA NEIN

Hausarzt/-ärztin + **Adresse**: _____ JA NEIN

3. Frühere Mammographie-Aufnahmen

Wurde bei Ihnen bereits früher eine Mammographie durchgeführt? JA NEIN

Falls JA:

Wann zuletzt? _____

Wo zuletzt?

HIER (**Einladung** erhalten)

in einem anderen Screening-Zentrum (**Einladung** erhalten)

ORT: _____

in einer radiologischen Praxis (**Überweisung vom Frauenarzt/-ärztin**)

Name + Ort: _____

4. Wurde an Ihrer Brust ein Eingriff vorgenommen? JA NEIN

Falls JA:

| | Rechts | Links | Jahr des Eingriffs (ungefähr) |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| gutartige Knotenentfernung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Gewebeprobe (Biopsie, Probeentnahme): | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Brustverkleinerung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Brustvergrößerung: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Brustkrebs-OP: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Blatt wenden!

5. Haben Sie neuerdings Beschwerden/Auffälligkeiten an der Brust? JA NEIN

Falls JA:

| | Rechts | Links | seit wann? |
|--|--------------------------|--------------------------|------------|
| Tastbarer Knoten: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Einziehung der Brustwarze: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Sonstiges: _____ | | | |

Zusätzliche (freiwillige) Angaben bzgl. Familien- und Medikamentenanamnese

6. Familiäre Vorbelastung durch **bösartigen!** Brust- oder Eierstockkrebs JA NEIN

Falls JA:

Brustkrebs Eierstockkrebs

Wer + Erkrankungsalter + väterlicher- (**v**) oder mütterlicherseits (**m**):

- Haben oder hatten Sie selbst eine **bösartige!** Krebserkrankung? JA NEIN

Was und Wann? _____

7. Nehmen Sie folgende Medikamente?

gynäkologische Hormone (Tabletten, pflanzlich, Pille, Pflaster, Spirale, etc.) JA NEIN

Blutverdünner (ASS, Aspirin, Marcumar, Xarelto, etc.) JA NEIN

Ich bin mit der Untersuchung einverstanden und habe das Merkblatt, das mit der Einladung kam, gelesen.

Datum/Unterschrift

Personalabschnitt:

Anamnese: _____

Untersuchung: _____ Dokumentation: _____