

Interne Vermerke:

 

Fallnummer:

Notizen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Fragebogen zur Früherkennungsuntersuchung - Anamnese

**Haben Sie ihre Brüste eingecremt, gepudert oder ein Deodorant benutzt?**

Wenn ja, bitte an der Anmeldung melden!

### Persönliche Daten:

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname(n): \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### Angaben zu der/dem Sie behandelnden Frauen- oder Hausärztin/arzt:

Name: \_\_\_\_\_ Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Sollen wir diese Ärztin/diesen Arzt benachrichtigen?**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

JA  NEIN

**Sind vor der heutigen Aufnahme schon Mammographieaufnahmen angefertigt worden?** (Zutreffendes bitte ankreuzen)

JA  NEIN

**Falls ja, wann wurde die letzte Mammographieaufnahme angefertigt?**

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Innerhalb der letzten 12 Monate  Vor mehr als 12 Monaten

**Wo wurden die letzten Mammographieaufnahmen erstellt?**

HIER

ANDERE PRAXIS

Name der Praxis: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Bitte wenden!

### Wurden bei Ihnen früher Brusterkrankungen diagnostiziert ?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Aufbauplastiken benutzt	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Brusterhaltend operiert	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Brustverkleinerung/-vergrößerung	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Diagnose Brustkrebs	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Entfernung der Brust	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Gewebeprobe entnommen	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Andere Brust OP's	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Brustimplantaten	Jahr: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>

### Haben Sie gegenwärtig Brustbeschwerden?

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Äußerlich sichtbare Verformungen	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Blutungen oder andere flüssige Absonderungen der Brustwarze	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Dellen oder Verhärtungen der Haut	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Hautveränderungen oder Einziehung der Brustwarze	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Sonstiges: _____	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>
Tastbare Knoten	Links: <input type="checkbox"/>	Rechts: <input type="checkbox"/>

Besteht eine Schwangerschaft	Ja: <input type="checkbox"/>	Nein: <input type="checkbox"/>
------------------------------	------------------------------	--------------------------------

**Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe, gelesen.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der Teilnehmerin \_\_\_\_\_