

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 Brustkrankungen 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 _____