

Fragebogen zur Anamnese

*Sehr geehrte Teilnehmerin,
die folgenden Angaben helfen uns, Ihre Aufnahmen besser zu beurteilen. Bitte füllen Sie
den folgenden Fragebogen soweit wie möglich aus und bringen ihn zur Untersuchung mit. Vielen Dank!*

Persönliche Daten

Nachname	Vorname(n)	Geburtsname
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	
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				
Wo wurden die letzten Mammographieaufnahmen erstellt?				
Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Dürfen wir dort nachfragen?	Sollen wir diese Ärztin/Arzt benachrichtigen?
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zu früheren Brusterkrankungen und gegenwärtigen Brustbeschwerden umseitig

**Wurden bei Ihnen früher Brusterkrankungen diagnostiziert?
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)**

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

**Haben Sie gegenwärtig Brustbeschwerden?
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)**

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

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

Ort, Datum

Unterschrift der Teilnehmerin