

MAMMOGRAPHIEANAMNESEBLATT

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Tel.Nr _____

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Wann war der 1. Tag der letzten Menstruation? _____ | | |
| 3. Ist das Ihre erste Mammographie? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Wann war Ihre letzte Mammographie? _____ | | |
| 5. Besteht eine Veränderung Ihrer Brust? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Knoten? | | |
| • Haut oder Brustwarze? | | |
| • Flüssigkeitsaustritt? | | |
| 6. Hatten Sie Operationen oder Biopsien der Brust? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Wann? | | |
| • Welche Seite? | | |
| • Weshalb? | | |
| 7. Nehmen Sie oder nahmen Sie Hormone (Pille, Hormonspirale oder Dreimonatsspritze)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Welche? | | |
| • Zeitraum? | | |
| 8. Gibt es in Ihrer Familie? | | |
| • Brustkrebs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Bei meiner: _____ | | |
| • Eierstockkrebs | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| ○ Bei meiner: _____ | | |
| 9. Haben Sie Kinder? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

UNTERSCHRIFT: _____

Klinische Auffälligkeiten:

