



ANAMNESEBOGEN MAMMOGRAPHIE/MAMMASONOGRAPHIE

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, bitte beantworten Sie nachstehende Fragen:

Name, Vorname, Geburtsdatum

Angaben zu früheren Untersuchungen der Brust

Ist bei Ihnen eine **Ultraschalluntersuchung (Sonographie)** durchgeführt worden? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Sind bei Ihnen schon früher **Mammographie-Aufnahmen** angefertigt worden? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Ist bei Ihnen eine **Kernspin-Mammographie** durchgeführt worden? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern? ☐ ja ☐ nein

Angaben zu früheren Brustoperationen

Sind Sie an den **Brüsten operiert** worden? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten:

☐ Wurde eine Gewebeprobe entnommen? ☐ links ☐ rechts Wann? _____

☐ Wurde ein gutartiger Befund entfernt? ☐ links ☐ rechts Wann? _____

☐ Wurde brusterhaltend operiert? ☐ links ☐ rechts Wann? _____

☐ Wurde eine Brust entfernt? ☐ links ☐ rechts Wann? _____

☐ Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt? ☐ links ☐ rechts Wann? _____

Wurde bei Ihnen die **Diagnose „Brustkrebs“** gestellt? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, wann? (Diagnosedatum): _____

Angaben zu Therapien

Wurde bei Ihnen eine **Strahlentherapie** der Brust durchgeführt? ☐ links ☐ rechts Wann? _____

☐ ja ☐ nein Wo? _____

Wird/wurde bei Ihnen eine **antihormonelle Therapie** durchgeführt?

☐ ja ☐ nein Falls ja, ☐ läuft noch ☐ ist beendet Präparat: _____

Wurde bei Ihnen eine **Chemotherapie** durchgeführt? Wann? _____

☐ ja ☐ nein Falls ja, ☐ vor oder ☐ nach der Operation? Wo? _____

Angaben zu Symptomen

Haben Sie Brustbeschwerden? ☐ links ☐ rechts ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie einen Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze bemerkt? ☐ ja ☐ nein

☐ links ☐ rechts ☐ blutig ☐ unblutig Farbe: _____

Angaben zu Medikamenten

☐ Hormontablette oder -Pflaster ☐ nein

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Brustkrebs „B“ oder Eierstockkrebs „E“? Bitte mit „B“ und „E“ kennzeichnen.

Wer ist erkrankt? _____ Erkrankungsalter: _____

Weitere Angaben

Letzte Periode (letzter Tag der Blutung): _____

☐ Ich bestätige hiermit, dass bei mir zurzeit keine Schwangerschaft vorliegt, bzw. mir das Vorliegen einer solchen nicht bekannt ist. Mir ist bekannt, dass durch die Anwendung von Röntgenstrahlen eine Schädigung des ungeborenen Lebens möglich ist.

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

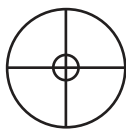
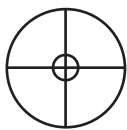
☐ Ich verzichte auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. ☐ Ich möchte eine Kopie dieses Anamnesebogens.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin (gegebenenfalls gesetzlicher Vertreter)

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Untersuchungsbefund



angedeutet	deutlich
grobknotig	feinknotig

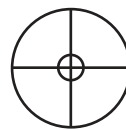
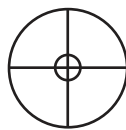
Tastbefund:

BW 1	weich	mittel	fest
BW 2	weich	mittel	fest
BW 3	weich	mittel	fest

Kalk:

--	--

Sonografie



Vorbefund:

--

Standard-Aufnahmen

R-cc

--

L-cc

--

R-mlo

--

L-mlo

--

Zusatz-Aufnahmen

--

--

--

--