



Patientenfragebogen für die Untersuchung der Brust

Name: _____ Adresse: _____ _____	Tel.-Nr.: _____ Sind Sie möglicherweise schwanger? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Stillen Sie zurzeit? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
--	---

Erster Tag der letzten Regelblutung (Datum)?: _____

Menopause (seit wann?) _____ Zustand nach Gebärmutterentfernung? Ja Nein

Nehmen Sie Hormone (Antibabypille, hormonelle Ersatzbehandlung?) _____

Wenn ja, welche? _____ Seit wann? _____

Hatten Sie jemals Krebs? Nein

Rechte Brust, wann? _____

Linke Brust, wann? _____

Organ an anderer Stelle: _____

Datum: _____

Vorgeschichte:

Alter bei der ersten Regelblutung? _____

Hatten Sie jemals eine Brustentzündung? (wann?) _____

Wurden Sie jemals an der Brust operiert? _____

(Welche Brust, wann, Ergebnis?) _____

Wurden Sie jemals strahlenbehandelt? _____

a) An der Brust (welche Brust, wann?) _____

b) Im Bereich des Oberkörpers (wann, warum?) _____

c) Häufige Röntgenuntersuchungen, Computertomographien, Thoraxdurchleuchtungen? _____

Hatten Sie jemals eine Unfallverletzung der Brust? Rechts Links Wann? _____

Familiäre Brustkrebsbelastung:

Familienmitglied und Erkrankungsalter	Brustkrebs (Erkrankungsalter)	Eierstockkrebs (Erkrankungsalter)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Andere Krebserkrankungen in der Familie (wer, welche Krebsart?): _____

Haben Sie oder Ihr Arzt eine Auffälligkeit bemerkt? Nein

Welche?	Rechte Brust	Linke Brust	Seit wann?
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brustvergrößerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hautveränderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Rötung <input type="checkbox"/> Einziehung <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Veränderung der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Flüssigkeitsaustritt aus der Warze rechts / links:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
milchig <input type="checkbox"/> wässrig <input type="checkbox"/>			
grünlich <input type="checkbox"/> rötlich/ braun <input type="checkbox"/>			

Ärztliche Anmerkungen: _____

Das Mammographie-Team bedankt sich für Ihre Kooperation.

Technische Daten (vom Patienten nicht auszufüllen!)

Röntgengerät: Ge Konv Film- / Folien-System _____
GeDigit

Standardaufnahmen: (Notieren nur bei konventionellen Aufnahmen)

	cc: KV mAs kp* A/F** AEK	mlo KV mAs kp A/F Winkel AEK***	ml KV mAs kp A/F AEK***
rechts			
links			

*Kompression **Anodenmaterial/ Filter ***Automatische Belichtung: Ja oder Nein

Ergänzende Aufnahmen (vom Arzt auszufüllen bei Zweitbegutachtung):

Brust	Ebene	Vergrößerung (immer ml, cc)	Kopien / Scannen
rechts			
links			

Ultraschall: re li

MRT: ja nein

Gründe für unzureichende Aufnahmen? (für RTA/ MTF) _____

Probleme? (Schmerzen, Kooperation) (für RTA/ MTF) _____

Notizen für den Arzt:



RTA/ MTF: _____

Arzt/ Ärztin: _____

Datum: _____