



Mammographie Fragebogen

Ihr Untersuchungstermin ist

am um Uhr.

Haben Sie **BESCHWERDEN** in der Brust:

Ja Nein

wenn ja, welche:

- Schmerzen, Ziehen re li
 - tastbarer Knoten re li
 - Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze re li
- Farbe: klar milchig grünlich rot-braun

Hatten Sie eine **BRUSTOPERATION**

Ja Nein
 re li wenn ja: gutartiger Befund bösartiger Befund

Hatten Sie eine **BIOPSIE**

Ja re li | Nein

Haben Sie **BRUSTIMPLANTATE**

Ja re li | Nein

Welche **NACHBEHANDLUNG** hatten Sie

- Bestrahlung
- Chemotherapie
- Antihormontherapie

Hatten Sie eine **EIERSTOCK-KREBS-OPERATION**

Ja Nein

Nehmen Sie derzeit **HORMONE** für Verhütung,
gegen Wechselbeschwerden

Ja Nein
 Ja Nein

Besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft

Ja Nein

In Ihrer **FAMILIE** ist **BRUSTKREBS** aufgetreten

Ja Nein

- Mutter
 - Schwester
 - Vater
 - Oma
 - Tante
 - Cousine
- } mütterlich
} väterlich

ungefähr mit welchem Alter: unter 40 J. 40 -50 J. über 50 J.

EIERSTOCKKREBS aufgetreten

Ja Nein

- Mutter
 - Schwester
 - Oma
 - Tante
 - Cousine
- } mütterlich
} väterlich

ungefähr mit welchem Alter: unter 40 J. 40 -50 J. über 50 J.

WECHSEL (Menopause) mit _____ Jahren

Sie hatten _____ **GEBURTEN**. Wenn ja, haben Sie **GESTILLT** Ja Nein

Datum

Unterschrift des/der Patienten/in bzw. des/der Erziehungsberechtigten
(bei PatientInnen bis zum vollendeten 16. Lebensjahr)