

Screening-ID: \_\_\_\_\_

### Fragebogen zu Ihrer Anamnese

#### 1. Persönliche Daten

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Straße + Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ + Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_ weiter Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

#### 2. Ihre behandelnden Ärzte

Benachrichtigung über Befund:

Frauenarzt/-ärztin + **Adresse**: \_\_\_\_\_  JA  NEIN

Hausarzt/-ärztin + **Adresse**: \_\_\_\_\_  JA  NEIN

#### 3. Frühere Mammographie-Aufnahmen

Wurde bei Ihnen bereits früher eine Mammographie durchgeführt?  JA  NEIN

##### Falls JA:

Wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Wo zuletzt?

HIER (**Einladung** erhalten)

in einem anderen Screening-Zentrum (**Einladung** erhalten)

ORT: \_\_\_\_\_

in einer radiologischen Praxis (**Überweisung vom Frauenarzt/-ärztin**)

Name + Ort: \_\_\_\_\_

4. Wurde an Ihrer Brust ein Eingriff vorgenommen?  JA  NEIN

##### Falls JA:

	Rechts	Links	Jahr des Eingriffs (ungefähr)
gutartige Knotenentfernung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gewebeprobe (Biopsie, Probeentnahme):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brustverkleinerung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brustvergrößerung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Brustkrebs-OP:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

**Blatt wenden!**

5. Haben Sie neuerdings Beschwerden/Auffälligkeiten an der Brust?  JA  NEIN

**Falls JA:**

	Rechts	Links	seit wann?
Tastbarer Knoten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Einziehung der Brustwarze:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges: _____			

Zusätzliche (freiwillige) Angaben bzgl. Familien- und Medikamentenanamnese

6. Familiäre Vorbelastung durch **bösartigen!** Brust- oder Eierstockkrebs  JA  NEIN

**Falls JA:**

Brustkrebs  Eierstockkrebs

Wer + Erkrankungsalter + väterlicher- (**v**) oder mütterlicherseits (**m**):

\_\_\_\_\_

- Haben oder hatten Sie selbst eine **bösartige!** Krebserkrankung?  JA  NEIN

Was und Wann? \_\_\_\_\_

7. Nehmen Sie folgende Medikamente?

gynäkologische Hormone (Tabletten, pflanzlich, Pille, Pflaster, Spirale, etc.)  JA  NEIN

Blutverdünner (ASS, Aspirin, Marcumar, Xarelto, etc.)  JA  NEIN

**Ich bin mit der Untersuchung einverstanden und habe das Merkblatt, das mit der Einladung kam, gelesen.**

\_\_\_\_\_  
**Datum/Unterschrift**

**Personalabschnitt:**

Anamnese: \_\_\_\_\_

Untersuchung: \_\_\_\_\_ Dokumentation: \_\_\_\_\_