



ANAMNESEBOGEN MAMMOGRAPHIE/MAMMASONOGRAPHIE

Abteilung Röntgen

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

Name, Vorname, Geburtsdatum

Angaben zu früheren Untersuchungen der Brust

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

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Sind weitere Voruntersuchungen durchgeführt worden? ja nein

Ultraschalluntersuchung (Sonographie) Kernspin-Mammographie

Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____

Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern? ja nein

Angaben zu früheren Brustoperationen

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

Falls ja, wann? (Diagnosedatum): _____

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? _____

Angaben zu Therapien

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

ja nein Wo? _____

Wurde bei Ihnen eine **antihormonelle Therapie** durchgeführt? Wann? _____

ja nein Hormonpräparat: _____ Wo? _____

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 zur Hormonbehandlung

Hormonspirale Pille Hormontablette Pflaster Sonstiges: _____ nein

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

Mutter Tochter Schwester Tante Cousine Großmutter Vater nein

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.

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Datum/Unterschrift