

wird vom Screening-Personal ausgefüllt
Screening-ID
Screening-Datum

Fragebogen zur Anamnese



Screening-Einheit Bielefeld-Gütersloh
Bielefeld - Feilenstraße 1 | Gütersloh - Eichenallee 90

1. Persönliche Daten

Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort	Telefon tagsüber	

2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt über das Ergebnis informieren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sollen wir Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Frauenärztin / -arzt	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Hausärztin / -arzt	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

3. Angaben zu früheren Untersuchungen der Brust

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, zuletzt im Jahr: _____	
Wo? <input type="checkbox"/> Im Screening <input type="checkbox"/> Praxis _____	
Dürfen wir die Voruntersuchungen anfordern / zum Vergleich heranziehen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde bei Ihnen jemals die Diagnose 'Brustkrebs' gestellt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, wann? (Diagnosedatum) _____	

5. Sind Sie an den Brüsten operiert worden?

	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Wurde eine Gewebeprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Wurde brusterhaltend operiert?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Wurde eine Brust entfernt?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Sind Brustimplantate vorhanden?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts Wann? _____
<input type="checkbox"/> Andere Brustoperationen: _____	

6. Angaben zu Symptomen

Haben Sie Brustbeschwerden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Falls ja, welche?	
<input type="checkbox"/> Knoten tastbar	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Dellen und Verhärtungen der Haut	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Hautveränderung oder Einziehung der Brustwarze	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Blutung o. andere flüssige Absonderungen a. d. Brustwarze	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

7. Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Brustkrebs mütterlicherseits?

<input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Schwester <input type="checkbox"/> Tante <input type="checkbox"/> Cousine <input type="checkbox"/> Großmutter <input type="checkbox"/> Tochter <input type="checkbox"/> nein

8. Angabe zur Hormoneinnahme

Nehmen Sie weibliche Hormone? (keine Schilddrüsenhormone, keine Spirale)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	---

Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm, das ich mit der Einladung erhalten habe, gelesen.

Datum/Unterschrift _____

wird vom Screening-Personal ausgefüllt Angaben überprüft

Erstellung Screening-Mammographiefnahmen

Wurden Voraufnahmen hinzu gezogen?

ja nein

bei nein, bitte Begründung: _____

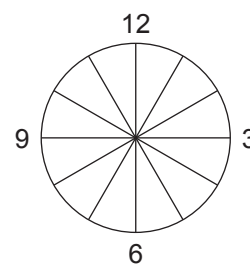
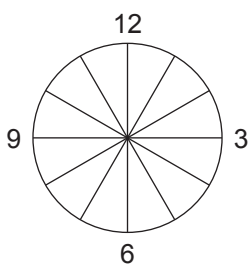
Hat die Frau die Untersuchung abgebrochen?

ja nein

bei ja, bitte Begründung: _____

Klinische Auffälligkeiten

Bitte Uhrzeiten gemäß Lokalisationsschema in die entsprechenden Spalten eintragen oder ankreuzen.



	rechts	links
keine		
Narbe(n)		
Zustand nach Mastektomie		
Muttermal(e)/Warze(n)		
Sonstiges		
