



ANAMNESEBOGEN MAMMA-MRT

Abteilung Kernspintomographie

Sehr geehrte Patientin,
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 bei Ihnen Voruntersuchungen durchgeführt worden? ja nein
 Ultraschalluntersuchung (Sonographie)
 Falls ja, wann? _____ Welches Institut? _____
- Dürfen wir die Voruntersuchung anfordern/zum Vergleich heranziehen? 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:
- | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> Wurde eine Gewebeprobe entnommen? | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | Wann? _____ |
| <input type="checkbox"/> Wurde ein gutartiger Befund entfernt? | <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"/> Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt? | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> rechts | Wann? _____ |

Angaben zu Therapien

- Wurde bei Ihnen eine **Strahlentherapie** der Brust durchgeführt? Wann? _____
 ja nein Falls ja, links rechts 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? _____

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.

Vielen Dank für Ihre Angaben!

Datum/Unterschrift