



# ANAMNESEBOGEN MAMMOGRAPHIE/MAMMASONOGRAPHIE

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? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine **Ultraschalluntersuchung (Sonographie)** durchgeführt worden?  ja  nein

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ Welches Institut? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine **Kernspin-Mammographie** durchgeführt worden?  ja  nein

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.**

Wer ist erkrankt? \_\_\_\_\_ Erkrankungsalter: \_\_\_\_\_

## 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.

Sie haben Anspruch auf eine Kopie dieses Anamnesebogens. (Nach § 630 e Abs. 2 Satz 2 BGB)

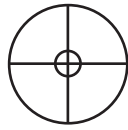
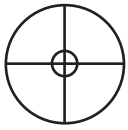
Ich verzichte auf eine Kopie dieses Anamnesebogens.  Ich möchte eine Kopie dieses Anamnesebogens.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

**Vielen Dank für Ihre Angaben!**

**Untersuchungsbefund**



angedeutet	deutlich
grobknotig	feinknotig

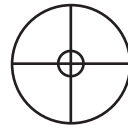
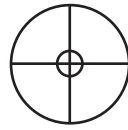
**Tastbefund:**

BW 1	weich	mittel	fest
BW 2	weich	mittel	fest
BW 3	weich	mittel	fest

**Kalk:**

--	--

**Sonografie**



**Vorbefund:**

--

**Standard-Aufnahmen**

R-cc

--

L-cc

--

R-mlo

--

L-mlo

--

**Zusatz-Aufnahmen**

--

--

--

--