

Kurze Fragen vor der Anmeldung zur Mammo- und/oder Sonographie

Name: _____ Telefon-Nr: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammographie
oder eine Mammasonographie durchgeführt? ja nein

Datum der letzten Mammographie: _____, wo? _____

Datum der letzten Sonographie: _____, wo? _____

Sind in Ihrer Familie bereits Fälle von Brustkrebs aufgetreten? ja nein
 Mutter Schwester Tochter sonstige Verwandte?
 vor dem 50. Lebensjahr? beidseits

Gibt es eigene Krebserkrankungen: ja nein
wenn ja, welche: _____

Sind Sie schon einmal an der Brust operiert worden ja nein
 rechte Brust Datum: _____ Ergebnis: gutartig bösartig
 linke Brust Datum: _____ Ergebnis: gutartig bösartig

Hatten Sie eine Unterleibsoperation?: ja nein
wenn ja, mit welchem Ergebnis?: _____

Tasten Sie einen Knoten oder eine Verhärtung in Ihrer Brust? ja nein
 rechts links Seit wann: _____

Haben Sie Absonderungen (Sekret) aus Ihrer Brust festgestellt? ja nein
 rechts links Seit wann: _____

Haben Sie Schmerzen in der Brust? ja nein
 rechts links Seit wann? _____

Sind die Schmerzen zyklusabhängig? ja nein

Haben Sie Kinder? ja nein
Wenn ja, wieviele? _____

Haben Sie Ihre Kinder gestillt? ja nein

Haben Sie noch Ihre Regelblutung? ja nein
Wann war der 1. Tag der letzten Regelblutung? _____

Nehmen Sie Hormonpräparate ein? ja nein
 Antibabypille
 Osteoporosevorbeugung/Östrogene Name des Präparates: _____
 Schilddrüsenhormone

