DIAGNOSEZENTRUM FAVORITEN

© Diagnosezentrum
Favoriten GmbH
Version 3, II/2015
Erstellt, geprüft: QM
Freigabe: GF

Mammographie

Sehr geehrte Patientin!
Wir ersuchen Sie, diesen Fragebogen genau zu beantworten. Sollten Sie Fragen haben, so wenden Sie sich bitte an das medizinischtechnische Personal oder den untersuchenden Arzt.

Name: ..... Geb.dat.: ../../..

Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebs und/oder Eierstockkrebs? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja – bei wem?

☐ Mutter, Erkrankungsalter: ..... ☐ Großmutter, Erkrankungsalter: .....
☐ Schwester, Erkrankungsalter: ..... ☐ Tante/Cousine, Erkrankungsalter: .....

Haben Sie eine Sekretion aus der Brust? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja – auf welcher Seite? ☐ links ☐ rechts **War diese blutig?** ☐ Nein ☐ Ja

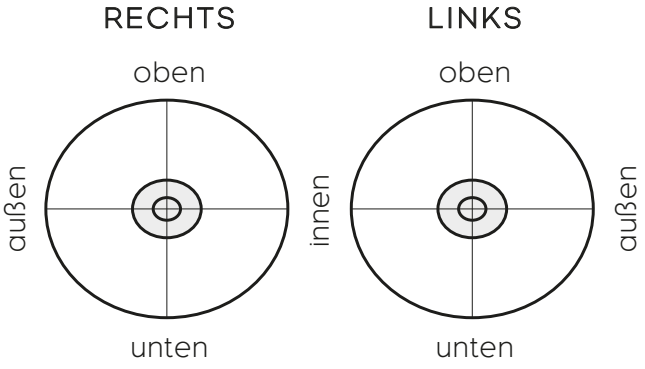
Gab es eine Operation an den Brüsten? ☐ Nein ☐ Ja
(Krebs, gutartiger Knoten, Implantat, ...)

Wenn ja – welche Operation und in welchem Jahr?

.....

Auf welcher Seite? ☐ links ☐ rechts

Haben Sie Schmerzen oder einen tastbaren Knoten? ☐ Nein ☐ Ja
Wenn ja – wo sind Ihre Beschwerden? ☐ links ☐ rechts



Welcher Art sind, und seit wann bestehen diese Beschwerden?

.....

Sind die Beschwerden zyklusabhängig?
☐ Nein ☐ Ja

Wann war die letzte Mammographie? .....

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und die mich betreffenden Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

....
Datum Unterschrift der Patientin