

# Fragebogen zur Anamnese

## 1. Persönliche Daten – bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum (T T M M J J J J)  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefon / Mobiltelefon:		

## 2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt (nur wenn nicht vorhanden Hausärztin/-arzt)

Frauenärztin/-arzt	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort
Innerhalb von 10 Tagen nach Ihrer Untersuchung erhalten <u>Sie</u> von uns automatisch einen Bericht. Wünschen Sie, dass wir Ihren oben angegebenen Arzt ebenfalls informieren? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		

## 3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<i>Falls JA:</i> Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt? .....		
<input type="checkbox"/> Innerhalb der letzten 12 Monate	<input type="checkbox"/> Vor mehr als 12 Monaten	
Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?		
Hier im Screening	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Im Screeningprogramm in einer anderen Stadt	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Adresse: _____		
In einem anderen radiologischen Institut (Praxis, Krankenhaus)	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Name, Adresse: _____		

4. Nehmen Sie weibliche Hormone ein? (Pille, Spirale, Zäpfchen, Pflaster, pflanzl. Hormone)  JA  NEIN

5. Sind Sie schwanger?  JA  NEIN

## 6. Angaben zu früheren Brustoperationen

<b>Sind Sie jemals an den Brüsten operiert worden?</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<i>Falls JA:</i> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)			
Wurde ein gutartiger Knoten entfernt?	(Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Sind Brustimplantate vorhanden?	(Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brustvergrößerung/-verkleinerung durchgeführt?	(Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
<b>Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt?</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<i>Falls JA:</i> in welchem Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Wurde brusterhaltend operiert?	(Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Wurde eine Brust entfernt?	(Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> )	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

## 7. Angaben zu Symptomen

<b>Haben Sie gegenwärtig Brust-Beschwerden?</b>		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<i>Haben Sie folgende Auffälligkeiten?</i> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)			
Knoten tastbar		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Dellen und Verhärtungen der Haut		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Äußerlich sichtbare Verformungen		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Flüssigkeitsaustritt aus der Brustwarze		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
Andere:		<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

**Zum Zweck der Qualitätssicherung ist es erforderlich, dass Vorbefunde / Voraufnahmen bei den erstellenden Instituten erfragt / angefordert werden. Damit bin ich einverstanden.**

**Ich habe das Merkblatt zum Mammographie-Screening-Programm gelesen, das ich zusammen mit der Einladung erhalten habe und bin mit der Durchführung der Mammographie einverstanden.**

Datum: .....  
.....  
*Unterschrift der Teilnehmerin*

**Ich verzichte vor der Durchführung auf eine Aufklärung durch eine Ärztin / einen Arzt über das Mammographieprogramm und die Untersuchung im Allgemeinen.  
 Diese kann nur an einem gesonderten Termin erfolgen (siehe Einladungsschreiben):**

Datum: .....  
.....  
*Unterschrift der Teilnehmerin*

**Unser gesamtes Personal unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht.  
 Weitere Informationen zum Datenschutz hängen im Wartezimmer aus.**