

Fragebogen zur Mammographie

Für die Auswertung Ihrer Untersuchung bitten wir Sie, nachfolgende Fragen vollständig zu beantworten :

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

	Ja	Nein
Bestanden in Ihrer Familie bösartige Erkrankungen der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „ja“ : bei wem? _____		
Geburten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelmässige Periode?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Letzte Periode? _____		
Wird bei Ihnen eine Hormonbehandlung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Sie bereits an der Brust operiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde schon einmal eine Mammographie durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „ja“ : Wann und wo wurde die Mammographie durchgeführt? _____		
Anlass zur aktuelle Untersuchung: Vorsorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Beschwerden bestehen aktuell?

	Ja	Nein	
Knoten in der Brust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo _____ seit _____
Absonderungen Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo _____ seit _____
Schmerzen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo _____ seit _____
Grössenänderung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo _____ seit _____
Einziehung der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo _____ seit _____
Rötung der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo _____ seit _____
Knoten in der Achselhöhle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	wo _____ seit _____

Sonstige Beobachtungen:

(Datum,

Unterschrift)

Ärztliche Vermerke

