

Anamnese zur Mammauntersuchung

Patientenaufkleber

Untersuchungsdatum: _____

1. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtige Brustbeschwerden? (Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)	Ja		Nein
	Rechts	Links	
Tastbare Knoten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Äußerlich sichtbare Verformungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautveränderungen oder Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutung oder andere flüssige Absonderungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Angaben zu früheren Brustuntersuchungen / -veränderungen

Wann und wo sind Ihre letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt worden? Monat/Jahr _____ Erstellungsort _____		Ja		Nein
Haben Sie evtl. Voraufnahmen dabei?		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
(Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)		Rechts	Links	
Gewebeprobe entnommen	Jahr _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustverkleinerung/-vergrößerung	Jahr _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorhandensein von Brustimplantaten	Jahr _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diagnose Brustkrebs	Jahr _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brusterhaltend operiert	Jahr _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfernung der Brust	Jahr _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufbauplastiken benutzt	Jahr _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Angaben zum Hormonstatus

Ist Ihre Gebärmutter entfernt worden?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wurden beide Eierstöcke entfernt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Regelblutungen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Nehmen sie gegenwärtig östrogenhaltige Hormontabletten ein, bekommen Sie Hormonspritzen oder benutzen Sie östrogenhaltige Pflaster oder Gelsalben?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

4. Familienanamnese

Ist in Ihrer Familie schon einmal Brust- oder Eierstockkrebs aufgetreten?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Jüngstes Erkrankungsalter _____		
Wie viele Familienangehörige betrifft es? _____		
Verwandtschaftsgrad (Wer)? _____		

⇒ Hiermit verzichte ich auf den Erhalt einer Kopie bzw. eines Durchschlages des Aufklärungsbogens

Bitte tragen Sie alle Auffälligkeiten/Besonderheiten, die eine negative Auswirkung auf die Bildgebung haben, ein!

	Re. CC	Li. CC	Re. OBL	Li. OBL
KV:				
mAs:				
mGy:				
Kompr.:				
Mo/Mo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mo/Rh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
W/R	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

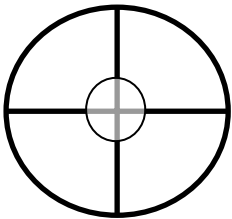
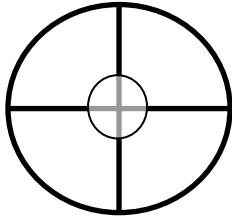
Zusatzaufnahmen:

KV:	
mAs:	
mGy:	
Kompr.:	

Klinische Auffälligkeiten:

	Rechts	Links
Muttermale/Warzen/Leberflecke der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dellen oder Verformungen der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einziehungen der Brustwarze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anatomische Besonderheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Narben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zustand nach Mastektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahmetechnische Besonderheiten:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palpationsbefund:

Rechte Seite	Linke Seite
	

Sonstige Anmerkungen: