

Fragebogen zur Anamnese

1. Persönliche Daten

Screening-ID: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Screeningdatum: (T T M M J J J J) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Familienname		Vorname(n)	
Geburtsdatum: (T T M M J J J J) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		frühere Namen (Geburtsname, etc.)	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Telefonnummer:		weitere Telefonnummern:	
Krankenkasse			

2. Angaben zu behandelnden Ärzten

	Name	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Sollen wir diese(n) Ärztin/Arzt benachrichtigen?
Frauenärztin/arzt				JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Hausärztin/arzt				JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>

3. Angaben zu früheren Mammographie-Aufnahmen

Sind bei Ihnen schon früher Mammographie-Aufnahmen angefertigt worden? JA NEIN
 Falls **JA** :
Wann wurde die letzte Mammographie vor der heutigen Aufnahme angefertigt?
 Innerhalb der letzten 12 Monate Vor mehr als 12 Monaten
Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?
 Hier im lokalen Screening JA NEIN
 In einem anderen Screeningprojekt JA NEIN
 Adresse: _____
 Bei einer(m) anderen Ärztin/Arzt JA NEIN
 Name, Adresse: _____
 Dürfen wir die Voraufnahmen und Befunde dort zum Vergleich anfordern? JA NEIN

Sehr geehrte Teilnehmerin,
 die Angaben auf der Rückseite helfen uns, Ihre Aufnahmen besser zu beurteilen. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

Vielen Dank!

Bitte wenden ►

4. Angaben zu früheren Brustoperationen

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose "Brustkrebs" gestellt?	<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"/> (Angaben zur OP siehe unten)		
Sind Sie sonst an den Brüsten operiert worden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
<i>Falls JA:</i> (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)		
Wurde eine Gewebeprobe entnommen?	Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts
Wurde brusterhaltend operiert?	Jahr der OP: <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="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="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="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtig Brust-Beschwerden?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Haben Sie folgende Auffälligkeiten?		
(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

6. Angaben zur hormonellen Situation (ergänzende Information)

Haben Sie noch Ihre Regelblutung?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Nehmen Sie Geschlechtshormone (Tabletten, Salben, Pflaster, Hormonspirale)?	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN

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.

Ort, Datum

Unterschrift

Dieser Abschnitt wird nur vom Screening-Personal ausgefüllt

Angaben kontrolliert von: _____ (MTRA)