Mammografie

Datum: _____

Füllen Sie bitte den Bogen vollständig aus und kreuzen Sie bitte zutreffendes an.

Name: _____ **Geb.Dat.:** _____

Größe: _____ **Gewicht:** _____

Letzte Mammografie; wann: _____ **Wo:** _____

Anzahl der Schwangerschaften: _____ **gestillt:** Ja ☐ Nein ☐

Anzahl der Fehlgeburten: _____

Letzte Regel: _____ **Besteht zurzeit eine Schwangerschaft:** Ja ☐ Nein ☐

Hormone: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, welche: _____

Selbstanamnese:

Eierstockkrebs: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, wann: _____

Brustentzündung: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, welche Seite: Links ☐ Rechts ☐

Brustkrebs: Ja ☐ Nein ☐

OP der Brust: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, welche Seite: Links ☐ Rechts ☐

gutartig ☐ oder bösartig ☐ wann: _____

Brust-Implantate: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, welche Seite: Links ☐ Rechts ☐

Chemotherapie: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, wann: _____

Strahlentherapie: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, wann: _____

Familienanamnese:

Brustkrebs in der Familie: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, wer und Alter bei Diagnose: _____

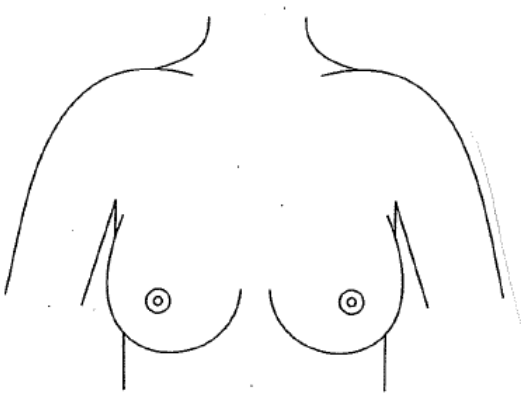
Eierstockkrebs in der Familie: Ja ☐ Nein ☐ wenn ja, wer: _____

Bestehen bei Ihnen aktuell Brustbeschwerden: Ja ☐ Nein ☐

wenn ja, welche _____

_____

_____



Bitte nicht selbst hinein zeichnen

Notizen Medizinisches Personal:

_____

_____