

Fragebogen zur Anamnese

1. Persönliche Daten

Screening-ID: _____		Screeningdatum: (T T M M J J J J) _____
Nachname	Vorname(n)	frühere Namen (Geburtsname, etc.)
Geburtsdatum:	Geburtsort	Krankenkasse
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	
Telefonnummer:	weitere Telefonnummern:	

2. Angaben zu Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt

Sollen wir Ihre/n Frauenärztin/-arzt ODER Ihre/n Hausärztin/-arzt über das Ergebnis informieren? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN		
Falls JA, bitte ausfüllen:		
Name des Arztes	Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

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?	
Innerhalb der letzten 12 Monate <input type="checkbox"/>	Vor mehr als 12 Monaten <input type="checkbox"/>
Wo wurden die letzten Mammographie-Aufnahmen erstellt?	
Hier im lokalen Screening	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
In einem anderen Screeningprojekt Adresse: _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Bei einem anderen Arzt/Ärztin Name, Adresse: _____	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Dürfen wir diese Aufnahmen ggf. dort anfordern und speichern?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN

Bitte beachten Sie die Rückseite dieses Formulars.

Vielen Dank!

4. Angaben zu früheren Brusterkrankungen

Wurde jemals bei Ihnen die Diagnose „Brustkrebs“ gestellt? JA NEIN

Falls Ja: in welchem Jahr

(Angaben zur OP siehe unten)

Sind Sie an den Brüsten operiert worden? JA NEIN

Falls JA: (Zutreffendes bitte ankreuzen und Seite beachten!)

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
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 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
Wurde eine Brustverkleinerung 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
Wurde eine Gewebeprobe entnommen?	Jahr <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

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie gegenwärtig Brust-Beschwerden? JA 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. Sind Sie schwanger?

JA NEIN

Datum

Unterschrift der Teilnehmerin

Abbruch der heutigen Untersuchung durch Teilnehmerin, Grund: _____

Unterschrift der Teilnehmerin für Abbruch

Angaben geprüft durch Empfang:

Aufnahmen erstellt durch: