

Sind Sie an den Brüsten operiert worden?

JA NEIN

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

Wurde brusterhaltend operiert?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wurde eine Brust entfernt ?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sind Brustimplantate vorhanden?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wurde eine Brustvergrößerung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wurde eine Brustverkleinerung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Jahr der OP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Wurde eine Gewebeprobe entnommen?	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

5. Angaben zu Symptomen

Haben Sie zur Zeit 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

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

_____ Datum

_____ Unterschrift der Teilnehmerin (ggf. gesetzl. Betreuer/in)

Abbruch der heutigen Untersuchung durch Teilnehmerin, Grund: _____

_____ Unterschrift der Teilnehmerin für Abbruch

Angaben geprüft durch Empfang:

Aufnahmen erstellt durch: