

Nachname: \_\_\_\_\_ Körpergröße: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_  
 Voraufnahmen:  ja  nein

- Sind Sie schon einmal an der Brust erkrankt oder operiert worden?  ja  nein

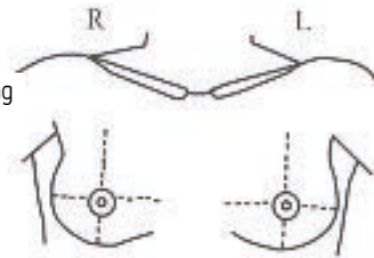
Wenn ja:  gutartig  bösartig wann? \_\_\_\_\_ welche Seite? \_\_\_\_\_  
 Chemotherapie  Bestrahlung  Anti-Hormontherapie

- Sind Sie schon einmal am Unterleib operiert worden?  ja  nein

Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_ welche Art der OP? \_\_\_\_\_

- Haben Sie Beschwerden?  ja  nein

- Schmerzen  tastbare Knoten  Flüssigkeitsaustritt
- Einziehungen  Brustvergrößerung  Hautveränderung/Rötung
- Ziehen



- Meine letzte Mammographie war am \_\_\_\_\_
- Meine letzte Periode war am \_\_\_\_\_
- Ich befinde mich in der Menopause seit? \_\_\_\_\_
- Ich nehme derzeit Hormone (Menopausale)  ja  nein
- Wenn ja, welche \_\_\_\_\_ seit wann? \_\_\_\_\_

### Familiäre Anamnese

- In meiner Familie ist **Brustkrebs** aufgetreten

Wenn ja, wer:  Tochter  Mutter  Schwester  Großmutter  Tante/Cousine  
 Erkrankungsalter: \_\_\_\_\_

- In meiner Familie ist **Eierstockkrebs** aufgetreten

Wenn ja, wer:  Tochter  Mutter  Schwester  Großmutter  Tante/Cousine  
 Erkrankungsalter: \_\_\_\_\_

- Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

- Sind Sie schwanger?  ja  nein

Ich bin mit einer Röntgenuntersuchung einverstanden  ja  nein

Die Mammographiebilder wurden (digital) erstellt und verbleiben in unserem Archiv. Ich bin einverstanden, dass der Befund von der heutigen Untersuchung an meinen überweisenden Arzt übermittelt wird.

Berlin, den: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient: \_\_\_\_\_