

## Patientenfragebogen und Befundbogen Mammographie/ Mamma-Sonographie

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Behandelnder Frauenarzt: \_\_\_\_\_

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

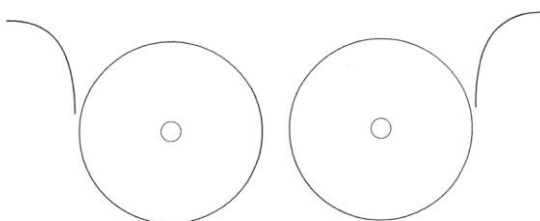
1. Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft?  ja  nein
2. Besteht eine Brustkrebserkrankung in der Familie?  ja  nein  
 Wenn ja, wer?  Mutter  Schwester  Tochter  Vater  Bruder
3. Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Brust oder Eierstöcke bekannt?  ja  nein
4. Nehmen Sie zur Zeit Hormone ein?  ja  nein
5. Sind bei Ihnen Brustoperationen durchgeführt worden?  ja  nein  
 Wenn ja, wann: ..... Wo? .....
6. Haben Sie Absonderungen aus der Brustwarze?  ja  nein  
 Wenn ja, welche Seite?  links  rechts
7. Ist schon einmal eine Mammographie erfolgt?  ja  nein  
 Wenn ja, wann (war die letzte)? ..... Welche Seite?  links  rechts  
 Praxis? .....
8. Aus welchem Grund kommen Sie heute zur Untersuchung?  
 Früherkennung  Nachsorge  Beschwerden/ Tastbefund: Seite  links  rechts
9. Wann war Ihre letzte Regel? .....
10. Bemerkungen: .....

**Hiermit bestätige ich, die Fragen wahrheitsgemäß nach bestem Wissen beantwortet zu haben. Ich willige in die Untersuchung ein und erkläre mich mit der Weitergabe meiner Befunde und Bilder an meine überweisenden und weiterbehandelnden Ärzte – bis auf Widerruf – einverstanden!**

Hamburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Unterschrift der Patientin / des Patienten

**Für den Arzt:**



Befund:

MTRA: