

**Patientenfragebogen und Befundbogen
 Mammographie/ Mamma-Sonographie**

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Datum: _____

Straße: _____ PLZ/ Wohnort: _____ Tel.: _____

Behandelnder Frauenarzt: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

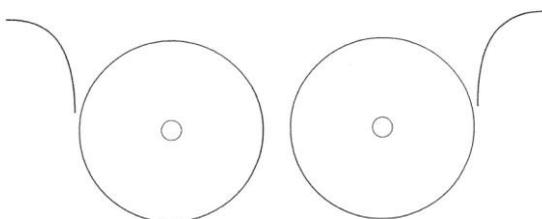
1. Besteht bei Ihnen zur Zeit eine Schwangerschaft? ja nein
2. Besteht eine Brustkrebserkrankung in der Familie? ja nein
 Wenn ja, wer? Mutter Schwester Tochter Vater Bruder
3. Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Brust oder Eierstöcke bekannt? ja nein
4. Nehmen Sie zur Zeit Hormone ein? ja nein
5. Sind 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: