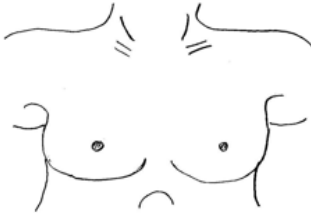


[Patientenname], [Geb.datum]



Um mögliche Nebenwirkungen festzustellen, bitten wir Sie, die folgenden Fragen durch Ankreuzen zu beantworten:

<p>Haben Sie derzeit Beschwerden in der Brust?</p> <p><input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Einziehungen</p> <p><input type="checkbox"/> tastbarer Knoten <input type="checkbox"/> Flüssigkeitsaustritt</p> <p><input type="checkbox"/> Hautveränderung <input type="checkbox"/> Andere.....</p>	<p>Wo? Bitte einzeichnen:</p> 	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>
<p>Brusterkrankungen bekannt?</p> <p>Wenn ja, welche</p> <p>Wann</p> <p>Welche Seite <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig</p> <p>Brustoperation gehabt?</p> <p>Wenn ja, wann</p> <p>Welche Seite <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseitig</p> <p>Ergebnis war <input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig <input type="checkbox"/> Implantat</p> <p>Nachbehandlung <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> Anti-Hormontherapie</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>Unterleibsoperation gehabt?</p> <p>Wenn ja, welche</p> <p>Wann</p> <p>Ergebnis war <input type="checkbox"/> gutartig <input type="checkbox"/> bösartig</p> <p>Nachbehandlung <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Chemo <input type="checkbox"/> Anti-Hormontherapie</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>Sind Sie in der Menopause?</p> <p>Wann war Ihre letzte Periode? Monat oder Jahr:</p> <p>Nehmen Sie derzeit Hormone? (z.B. Pille)</p> <p>Haben Sie Kinder geboren/gestillt?</p> <p>Sind Sie Schwanger?</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	
<p>Familiäre Vorerkrankungen</p>		
<p>Brustkrebs in der Familie bekannt?</p> <p>Wenn ja, wer</p> <p>Unterleibskrebs in der Familie bekannt?</p> <p>Wenn ja, welcher <input type="checkbox"/> Gebärmutter <input type="checkbox"/> Eierstock</p> <p>Wer</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich den Text dieses Formulars gelesen, verstanden und nach bestem Wissen beantwortet habe.

Ich stimme der Durchführung der vorgeschlagenen Untersuchung zu.

Datum

Unterschrift Patient:in/ gesetzl. Vertreter:in